



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

NS-Euthanasie in Vorarlberg und Tirol.
Das Schicksal der Patientinnen und Patienten der
Valduna Rankweil in der Heil- und Pflegeanstalt
Hall in Tirol.

Verfasserin

Eva-Maria Hagen

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Juli 2012

Studienkennzahl lt.
Studienblatt:

A 312

Studienrichtung lt.
Studienblatt:

Geschichte

Betreuerin / Betreuer:

Univ.-Doz. Dr. Hans Safrian

Erklärung

Hiermit erkläre ich, Eva-Maria Hagen, dass ich diese Diplomarbeit unter Berücksichtigung der guten wissenschaftlichen Praxis verfasst habe und dass übernommene Stellen von mir kenntlich gemacht wurden.

Wien, 2012

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich vor allem bei meinen Eltern, Susanne und Ulrich, bedanken, die mir mein Studium überhaupt erst ermöglicht haben. Hauptsächlich danke ich ihnen dafür, dass sie meine Studienwahl nie in Frage gestellt haben und mich trotz aller Zweifel und Hürden immer unterstützt haben.

Außerdem möchte ich mich auch bei meinen Großeltern, Grete und Siegfried bedanken, die mir immer wieder mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind und mich stets motiviert haben. Ein besonderer Dank geht auch an meine Schwester Julia, die ich als meine Mitbewohner wohl das ein oder andere Mal mit einer für mich spannenden historischen Anekdote gelangweilt habe und mich, trotz meines bedrückenden Themas, immer wieder dazu gebracht hat an dieser Diplomarbeit weiterzuarbeiten.

Weiterer Dank gebührt auch meinen Freunden, die mich einerseits auf andere Gedanken bringen konnten, mir aber andererseits durch angeregte Gespräche zu einigen Durchbrüchen bei dieser Diplomarbeit verhelfen konnten.

Größter Dank und Respekt gebührt meiner Großtante Luise Hagen, die schon 1943 allen Hindernissen trotzte und dem überraschenden Tod ihres Schwagers Anton nachging. Außerdem danke ich ihr dafür, dass sie Zeit ihres Lebens immer an der Aufklärung seines Todes interessiert war und mich somit überhaupt auf die Idee brachte, diese Diplomarbeit zu verfassen.

Weiters möchte ich Mag. Oliver Seifert vom Historischen Archiv des Landeskrankenhause Hall i. T. danken, der mir die nötigen Akten zur Bearbeitung meiner Diplomarbeit zur Verfügung gestellt hat.

Außerdem danke ich auch Univ.-Doz. Dr. Hans Safrian, der mir stets freie Hand beim Verfassen dieser Arbeit gelassen hat und mich bei deren Erstellung bestens betreut hat.

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG

INHALTSVERZEICHNIS	I
1. EINLEITUNG	1
2. „RASSENHYGIENE“ IM DRITTEN REICH	4
2.1. Die wissenschaftlichen Grundlagen	4
2.2 Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von 1933	10
3. DIE VERNICHTUNG DES LEBENSUNWERTEN LEBENS	23
3.1. Die „Aktion T4“	23
3.1.1. Exkurs: Die Ermordung jüdischer Anstaltsinsassen	32
3.2. Die „Sonderbehandlung 14f13“	34
3.3. Die „wilde Euthanasie“	37
3.4. Die „Aktion Brandt“	41
4. „LEBENSUNWERTES LEBEN“ IN VORARLBERG UND TIROL	46
4.1. Die Valduna Rankweil während des Nationalsozialismus	46
4.1.1. Die Deportationen nach Hall in Tirol	51
4.2. Die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol während des Nationalsozialismus	51
4.3. Die Rolle des Dr. Hans Czermak bei der Vernichtung des lebensunwerten Lebens im Gau Tirol-Vorarlberg	54
5. DIE PATIENTINNEN UND PATIENTEN DER VALDUNA RANKWEIL IN DER HEIL- UND PFLEGEANSTALT HALL IN TIROL	58
5.1. Die Todesfälle	58
5.1.1. Allgemeines	58
5.1.1.1. Todesfälle pro Jahr	59
5.1.1.2. Aufenthaltsdauer	60
5.1.1.3. Alter	60
5.1.1.4. Herkunft	62
5.1.1.5. Antrag auf Unfruchtbarmachung	62
5.1.1.6. Obduktionsbericht	64
5.1.1.7. Ort der Bestattung	65

5.1.2. Krankheitsbilder, Diagnosen	66
5.1.2.1. Demenz, Dementia Senilis, Alzheimer-Krankheit	66
5.1.2.2. Schizophrenie, schizoide Persönlichkeitsstörung, Psychopathie, Persönlichkeitsstörung, dissoziale Persönlichkeitsstörung	68
5.1.2.3. Idiotie, Schwachsinn	70
5.1.2.4. Sucht, Alkoholismus	71
5.1.2.5. Epilepsie	73
5.1.2.6. Progressive Paralyse	73
5.1.2.7. Parkinson-Krankheit, Parkinsonismus	74
5.1.2.8. Depression, bipolare affektive Störung, manisch-depressives Irresein	75
5.1.2.9. Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)	76
5.1.2.10. Ohne geistige Störung	77
5.1.3. Todesursachen	78
5.1.3.1. Marasmus, Marasmus Senilis	78
5.1.3.2. Pneumonie	79
5.1.3.3. Lungentuberkulose, TBC	79
5.1.3.4. Sonstige Todesursachen	80
5.1.3.5. Zwei oder mehr Todesursachen	82
5.1.4. Gewichtsverlust	83
5.1.4.1. Exkurs: Hungersterben in der Psychiatrie	85
5.1.5. Der Fall Anton Hagen	89
5.1.6. Zusammenfassung	94
6. CONCLUSIO	98
 BIBLIOGRAPHIE	 III
QUELLENVERZEICHNIS	VI
ABSTRACT	VIII
CURRICULUM VITAE	X

1. EINLEITUNG

Die „Euthanasie-Aktion“, die von den Nationalsozialisten zur Zeit des Dritten Reiches durchgeführt wurde, stellen eine Vorstufe zur „Endlösung“, welche im Holocaust gipfelte, dar. Opfer waren vor allem Behinderte sowie psychisch kranke Menschen, die in den Augen der Nationalsozialisten eine Gefährdung für die Gesundheit des Volkskörpers darstellten. Im Laufe dieser Aktionen entwickelten sich die früheren psychiatrischen Einrichtungen in die ersten Tötungsanstalten der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik. Trotz der Versuche der Geheimhaltung wurde die Ermordung dieser Personen vielen Angehörigen sowie einem Teil der Gesellschaft bekannt; nach öffentlicher Kritik wurde die „Euthanasie“ offiziell eingestellt. Das Morden nahm dennoch kein Ende, es wurde nur versucht, die „Euthanasie“ besser zu tarnen. Schlussendlich wurden schätzungsweise 100.000 Personen Opfer dieser Politik.

Zu Beginn des Jahres 2011 wurde während Umbauarbeiten am Landeskrankenhaus Hall in Tirol ein Gräberfeld freigelegt. Die dort gefunden Gebeine stammen aus der nationalsozialistischen Zeit. Deshalb ergaben sich für mich folgende Fragen, die ich im Verlauf dieser Arbeit zu klären versuche:

- Inwieweit bildete die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol einen Teil der Tötungsmaschinerie des Nationalsozialismus?
- Was geschah mit den 64 Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Anstalt Valduna Rankweil, die in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol zwischen 1941 und 1945 zu Tode kamen?
- Handelt es sich dabei um Opfer der nationalsozialistischen Euthanasie an Behinderten und psychisch Kranken oder gab es andere Gründe für ihren Tod?

Außerdem werde ich im Verlauf dieser Diplomarbeit versuchen, folgende Fragen zu diskutieren: Wenn die Todesfälle der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol zu den Opfern der nationalsozialistischen Euthanasie an behinderten und psychisch kranken Menschen gehören, ist die Feststellung des genauen Zeitraumes notwendig.

Zeitpunkte nach dem offiziellen Abbruch der „Aktion T4“ würden die Phase der „wilden Euthanasie“, in der „unauffälligere“ Mordmethoden praktiziert wurden, nach sich ziehen.

Um meine Forschungsfragen zu beantworten, werde ich zunächst auf die historischen Wurzeln der nationalsozialistischen Rassenpolitik eingehen. Dabei werde ich mich zunächst mit der Entstehung der Rassenhygiene sowie der Eugenik beschäftigen, die im 19. Jahrhundert ihren Ursprung hatten, und mich vor allem auf die wichtigsten deutschsprachigen Vertreter des Sozialdarwinismus sowie der Eugenik am Anfang des 20. Jahrhunderts konzentrieren, deren Theorien bei Adolf Hitler und seinen Gefolgsleuten großen Anklang fanden.

Genauer werde ich das Gesetz zur Verhütung erkrankten Nachwuchses aus dem Jahr 1934 analysieren. Dieses stellt die erste Maßnahme in der Ausgrenzung behinderter und psychisch kranker Menschen durch die Nationalsozialisten dar und regelte das Eingreifen Dritter auf die Körper solcher „Minderwertiger“. Behandeln werde ich die wichtigsten Paragraphen, Abänderungen sowie Auswirkungen für die einzelnen Kranken.

Anschließend werde ich auch allgemein auf die Euthanasie an behinderten und psychisch kranken Personen während des Dritten Reiches eingehen. Ausgehend von der Entstehung und Planung der „Aktion T4“ wird ein Überblick über die Abläufe der Aktion und die Tötung der Kranken in den nationalsozialistischen Mordanstalten gegeben, wobei in einem Exkurs auch die Ermordung jüdischer Anstaltsinsassen thematisiert wird.

Ein Kapitel wird die „Sonderbehandlung 14f13“ zum Gegenstand haben, die vor allem die Vernichtung politisch Andersdenkender zum Ziel hatte und in Zusammenarbeit der T4-Ärzte und der SS-Lagerärzte in den Konzentrationslagern ausgeführt wurde.

Danach werde ich meine Aufmerksamkeit auf die sogenannte „wilde Euthanasie“ richten. Diese beinhaltete die Ermordung von Behinderten und psychisch Kranken durch Überdosierung von Medikamenten. Versucht werden soll, einen Abriss über die vollkommen veränderten Bedingungen zu geben, die sich aufgrund des Euthanasie-Stopps 1941 ergaben. Um dieses Kapitel abzuschließen, werde ich die „Aktion

Brandt“ bearbeiten. Diese griff das bewährte Mittel der Euthanasie aus anderen Ursachen auf, was schließlich auch in der Ermordung hilfloser Menschen endete.

Das zentrale Kapitel dieser Arbeit wird sich mit dem Thema „lebensunwertes Leben“ in Vorarlberg und Tirol beschäftigen. Dazu werde ich sowohl auf die Geschichte der Valduna Rankweil während des Nationalsozialismus als auch auf die Deportationen nach Hall, die sogenannten Sondertransporte, eingehen.

Bei der Rekonstruktion der Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol während des Nationalsozialismus soll auch die Person des Dr. Hans Czermak berücksichtigt werden, der bei der „Vernichtung des lebensunwerten Lebens“ in Vorarlberg und Tirol eine wichtige Rolle spielte und diesen „Mustergau“ leitete.

Im anschließenden Teil werde ich die 64 Verwaltungs- und Krankenakten, die im Historischen Archiv des Landeskrankenhauses Hall in Tirol einsehbar waren, anhand gewisser Gesichtspunkte auswerten und analysieren. Da schon bei der ersten Durchsicht der Akten der große Gewichtsverlust der Patientinnen und Patienten auffällig ist, werde ich in einem Exkurs das Hungersterben in der Psychiatrie thematisieren. Anhand des Falles des Patienten Anton Hagen soll der Versuch unternommen werden, einen Einblick in das Anstaltsleben und die damalige Politik zu geben und zu klären, was die Ursachen für seinen frühen Tod waren. Abschließend möchte ich der Frage nachgehen, ob an diesem Vorgehen von einem „Musterfall“ gesprochen werden kann.

2. „RASSENHYGIENE“ IM DRITTEN REICH

2.1. Die wissenschaftlichen Grundlagen

Die nationalsozialistische Ideologie war geprägt durch die Ungleichheit von verschiedenen Menschengruppen. Bereits im 19. Jahrhundert nahm die Bedeutung der Biowissenschaften immer mehr zu. Charles Darwin veröffentlichte 1859 sein Buch „Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtauswahl oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampfe ums Dasein“¹. Auf Basis der Ergebnisse Darwins im Bereich der Evolutionstheorie versuchten Wissenschaftler diese Thesen auf Menschen auszulegen. Vor allem der Nachweis der Ungleichheit der Menschen stand dabei im Vordergrund². Biologistische Vorstellungen vom „Recht des Stärkeren“ und der „natürlichen Auslese“ wurden vom Tierreich auf Menschen übertragen³. Überzeugt von dieser „natürlichen“ Ungleichheit waren für Wissenschaftler Männer intelligenter als Frauen, sie sahen die weiße Rasse als allen anderen Rassen überlegen an. Der deutsche Naturforscher und Anatom Karl Vogt schrieb 1864 zu diesem Thema: „Hinsichtlich seiner geistigen Fähigkeiten steht der erwachsene Neger auf der selben Stufe wie das Kind, das Weib und der senile Weiße.“⁴ Ohne Beweise dafür zu haben waren die Biowissenschaftler der Meinung, dass Unterschiede zwischen Menschen vererblich und nicht veränderbar seien. Schließlich setzte sich Ende des 19. Jahrhunderts die Theorie Gregor Mendels durch, der von den starren Regeln der Vererbung überzeugt war⁵. 1895 wurde das Buch „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen“ von Alfred Ploetz veröffentlicht. Er war überzeugt davon, dass nur Paaren mit bester Erbmasse erlaubt sein sollte, Kinder zu zeugen. Der Staat sollte die regeln, einschließlich der Kindereuthanasie⁶. Neben Ploetz war Wilhelm Schallmayer einer der Vorkämpfer der „Rassenhygiene“ in Deutschland. Er widmete sich dem Thema der Selektion, die für ihn aus fünf Bestandteilen zusammengesetzt war: der Variabilität, der Erblichkeit, der überschüssigen Fruchtbarkeit, der Auslese

¹ Martin Rudnick, Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und der Zwangssterilisation zur Euthanasie, (Weinheim und Basel 1985), 7

² Henry Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid. Von der Euthanasie zur Endlösung, (Berlin 1997), 27

³ Hartman Hinterhuber, Ermordet und vergessen. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten in Nord- und Südtirol. (Innsbruck 1995), 7

⁴ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 28

⁵ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 29

⁶ Ernst Klee, Euthanasie im Dritten Reich. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens, (vollständig überarbeitete Neuausgabe, Frankfurt am Main 2010), 19

und der Entwicklungsrichtung⁷. Schallmayer sah in der Selektion die Bedingung für jeden Fortschritt⁸. Außerdem forderte er, dass Geisteskranken nur dann Fürsorge zukommen sollte, sofern sie sich der Fortpflanzung enthalten. Zudem hielt er den Staat dafür berechtigt, über freiwillige oder erzwungene Unfruchtbarkeit bestimmter Gruppen zu entscheiden⁹. Anfang des 20. Jahrhunderts eröffneten sich schließlich neue Möglichkeiten, die menschliche Intelligenz zu messen – nämlich den Intelligenzquotienten¹⁰. Zuvor hatte man versucht die Intelligenz von Menschen anhand von Schädelvermessungen zu bestimmen¹¹.

Ebenfalls im 19. Jahrhundert wurde der Begriff Eugenik britischen Naturforscher Francis Galton geprägt. Schließlich definierte Charles B. Davenport, ein amerikanischer Eugeniker, den Begriff als: „die Wissenschaft von der Aufwertung der menschlichen Rasse durch verbesserte Fortpflanzung.“¹² Das Ziel der Eugeniker war die Einteilung der Menschen in vernunftorientierte Sozialpläne, welche mit Hilfe biologischer Manipulation erreicht werden könne¹³. Angenommen wurde, jede menschliche Fähigkeit und Eigenschaft sei im Keimplasma in allen Einzelheiten vorgebildet und somit sei die Lebenstüchtigkeit oder Untüchtigkeit aller Menschen festgelegt¹⁴. Die Eugeniker widmeten ihre Aufmerksamkeit vor allem Behinderten, die von ihnen als Idioten, Imbedzile und Debile eingestuft wurden. Für sie war Degeneration nicht nur ein soziales Phänomen, sondern sahen sie auch einen Zusammenhang zwischen Degeneration und „Rasse“¹⁵. Die Ergebnisse der Eugeniker wurden weithin akzeptiert, erst mit der Entdeckung der DNS konnten sie widerlegt werden¹⁶.

Im deutschsprachigen Raum wurde die Eugenik vorwiegend von Psychiatern unterstützt. Begriffe wie „Entartung“ und „Minderwertigkeit“ wurden so zu diagnostischen Begriffen. Auch die Eugeniker in Deutschland sahen in der „Entartung“ eine große Gefahr für die Volksgesundheit und versuchten Alles, um das

⁷ Rudnick, Behinderte im Nationalsozialismus, 8f.

⁸ Rudnick, Behinderte im Nationalsozialismus, 9

⁹ Rudnick, Behinderte im Nationalsozialismus, 10

¹⁰ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 31

¹¹ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 30

¹² Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 32

¹³ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 33

¹⁴ Rudnick, Behinderte im Nationalsozialismus, 12

¹⁵ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 35

¹⁶ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 37

ationale „Erbgut“ zu erhalten¹⁷. Während des Kaiserreiches sowie der Weimarer Republik beeinflussten die Theorien der Eugeniker alle politischen Strömungen. Allerdings gab es zwei verschiedene Strömungen. Die „nordische“, auch „arische“ Strömung wurde von dem angesehen Eugeniker Alfred Ploetz unterstützt, der der Meinung war, dass es eindeutige Überlegenheiten der nordischen und germanischen Völker gab. Von den Angehörigen der nordischen Strömung wurde schlussendlich der Begriff „Rassenhygiene“ geprägt¹⁸.

Während des ersten Weltkrieges kam es zu einem großen Nahrungsmittelnotstand, den hauptsächlich die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Anstalten spürten. Die Leiter dieser Anstalten unternahmen nur in seltenen Fällen etwas gegen den Hunger und nahmen den Tod der Patientinnen und Patienten durch Unterernährung in Kauf¹⁹. änderte sich die Rassenhygiene, was vor allem mit den Erfahrungen mit Krieg und Niederlage zu tun hatte. Das Bildungsbürgertum radikalisierte sich und sympathisierte mit Gruppierungen die nach einem Führer riefen, der über eine rassische reine Volksgemeinschaft regierte²⁰. Fritz Lenz, der einer der berühmtesten Vertreter der nordischen Theorie war, war bereits zwei Jahre vor Hitlers Machtergreifung von ihm begeistert: „Hitler ist der erste Politiker mit wirklich breitem Einfluss, der erkannt hat, dass der zentrale Auftrag aller Politik die Rassenhygiene ist, und der diesem Auftrag aktiv nachkommen wird.“²¹

1932 wurden über 40 Kurse und Vorlesungen zum Thema Rassenhygiene an deutschen Universitäten gehalten, während der NS-Zeit hingegen gab es an fast jeder Universität Deutschlands einen eigenen Lehrstuhl für dieses Fach²². Trotzdem war den Verfechtern der nordischen Bewegung, Hitlers glühender Antisemitismus zunächst zu extrem. Diese sahen vorerst Juden und Jüdinnen nicht als minderwertig an, sondern waren lediglich gegen eine arisch-jüdische Rassenvermischung²³. Allerdings war die Sicht derselben Wissenschaftler gegenüber den sogenannten „minderwertigen Behinderten“ eine Andere. Schon 1920 brachten die zwei Forscher

¹⁷ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 41

¹⁸ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 43

¹⁹ Heinz Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. (Freiburg im Breisgau 1998), 67f.

²⁰ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 44

²¹ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 45

²² Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 46

²³ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 47f.

Karl Binding und Alfred Hoche das Buch „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ heraus und befürworteten „Euthanasie“, selbst wenn die minderwertigen Menschen noch viele Jahre ohne Schmerzen und Krankheiten überleben könnten²⁴. Bindings zentrale Forschungsfrage in diesem Werk war „Gibt es Menschenleben, die so stark die Eigenschaften des Rechtsgutes eingebüßt haben, dass ihre Fortdauer für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat?“²⁵ Die Schrift der beiden Wissenschaftler blieb in Deutschland nicht ohne Wirkung, was man daran erkennt, dass die Nationalsozialisten ihre Argumentationen übernahmen und so ihr Handeln rechtfertigten²⁶.

1921 wurde der „Grundriss der Erblchkeitslehre und Rassenhygiene“ von Erwin Baur, Eugen Fischer und Fritz Lenz veröffentlicht. Dieses Buch erhielt Hitler während seiner Inhaftierung und übernahm viele Äußerungen der Autoren in seinem Buch „Mein Kampf“²⁷. Der „Baur-Fischer-Lenz“ galt nach seiner Veröffentlichung für die nächsten zwei Jahrzehnte als das Standardwerk über Rassenhygiene²⁸. Das Ziel der drei Autoren war es mit diesem Buch die Degeneration und „Entartung“ der Völker sowie deren Ursachen zu analysieren. Dazu gaben sie zunächst einen Überblick über die Vererbungslehre und diskutierten „Rassenbestandteile“ und „Rassenunterschiede“²⁹. Der Baur-Fischer-Lenz sollte schließlich als „naturwissenschaftliche“ Grundlage dienen, dessen Vorschläge man im privaten als auch politischen Raum umsetzen könne³⁰.

1925 hielt Robert Gaupp einen Vortrag zum Thema „Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger“. Dabei forderte er die Sterilisierung von Kriminellen, Debilen, Leicht- und Mittelschwachsinnigen, Fürsorgezöglingen sowie der Mehrheit der sogenannten „Degenerierten“ und „Psychopathen“. Da Geistesranke in den Anstalten nach Geschlechtern getrennt waren und deshalb keine Möglichkeit zur Fortpflanzung hatten, sah er keinen Grund auch diese zu sterilisieren³¹. Bereits zwei Jahre später erschien ein weiterer Beitrag zu diesem

²⁴ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 48f.

²⁵ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 22

²⁶ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 51

²⁷ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 46

²⁸ Heiner Fangerau, Etablierung eines rassenhygienischen Standardwerkes 1921-1941. Der Baur-Fischer-Lenz im Spiegel der zeitgenössischen Rezensionenliteratur, (Frankfurt am Main 2001), 51

²⁹ Fangerau, Etablierung eines rassenhygienischen Standardwerkes 1921-1941, 53

³⁰ Fangerau, Etablierung eines rassenhygienischen Standardwerkes 1921-1941, 54

³¹ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 29

Thema. In der Dissertation „Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker“ von Joseph Mayer, vertritt der Autor die Grundthese, Geisteskranke und Verbrecher würden die Menschheit überschwemmen, da die natürliche Auslese aufgrund von humanitärer Fürsorge und christlicher Liebe aufgehoben worden war³². Wiederum zwei Jahre später hielt der Leiter der Diakonie-Einrichtung Bethel, Fritz von Bodelschwingh, einen Vortrag über „lebensunwertes Leben“. Dieser übernahm Begriffe wie „minderwertig“, „lebensunwert“ und „Ausmerzungen der Minderwertigen“³³. In seiner Abschlussrede des 4. NSDAP-Reichstags vom 01.-05. August 1929 in Nürnberg erklärte Hitler, wenn in Deutschland jährlich ungefähr eine Million Kinder geboren würden und man davon 700. – 800.000 der Schwächsten beseitigen würde, könnte so eine Kräftesteigerung erreicht werden³⁴.

Die politische Machtübernahme der Nationalsozialisten im Jahr 1933 ebnete diesen von nun an den Weg ihre rassenhygienischen und politischen Ziele zu verfolgen. Der wichtigste Bestandteil ihrer Ideologie war die Ausgrenzung „Minderwertiger“. Auf diese Art und Weise wurde die Ungleichheit der Menschen immer weiter in allen gesellschaftlich anerkannten Formen nach und nach verankert³⁵. Als erstes richtete sich diese Ausgrenzung gegen die Behinderten und schon bald waren davon auch die Mitglieder „minderwertiger Rassen“ betroffen³⁶.

Schließlich wurde in den 1930er-Jahren eine Reihe von Gesetzen erlassen, die den rassistischen Vorstellungen der Nationalsozialisten die rechtlichen Grundlagen lieferten. Bereits am 07. April 1933 wurde das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ verkündet. So wurden Beamten nicht-arischer Abstammung entweder pensioniert oder entlassen³⁷. Diese vielen Gesetze wurden von den Rassenhygienikern mitformuliert und durchgeführt. Ihre Assistenten und Studenten waren jedoch regelrecht begeistert von der NS-Ideologie und beschäftigten sich sehr intensiv mit dieser³⁸. Es dauerte nicht lange bis sich in die Mitarbeiter sämtlicher Bereiche an die neuen politischen Umstände angepasst hatten. Nicht nur jüdischen Kollegen wurden von ihnen entlassen, sondern auch politisch Andersdenkende

³² Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 29f.

³³ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 31

³⁴ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 31

³⁵ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 52

³⁶ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 52f.

³⁷ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 36

³⁸ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 55

verloren ihre Anstellung. In weiterer Folge wurden auch Inhalte sowie Sprache der politischen Führung aufgegriffen³⁹. Die Rassenhygieniker hielten daraufhin Vorlesungen vor Ärzten, Lehrern Beamten usw. und wurden somit zu den Botschaftern dieser Ideologie. Für die Nationalsozialisten war die Kooperation der Wissenschaftler äußerst wichtig, da dies ein wichtiger Bestandteil zur Durchführung der Rassenpolitik war⁴⁰. Es gab keine andere Berufsgruppe, die sich der nationalsozialistischen Ideologie so übereinstimmend anschloss wie die der Mediziner⁴¹.

Am Jahrestag der nationalsozialistischen Machtergreifung 1934 sagte Adolf Hitler: „Solange der Staat dazu verdammt ist, von seinen Bürgern jährlich steigende Riesenbeträge aufzubringen, zur Erhaltung dieser bedauerlichen Erbkranken der Nation, dann ist er gezwungen, jene Abhilfe zu schaffen, die sowohl verhütet, dass sich in der Zukunft so unverdientes Leid weitervererbt, als auch verhindert, dass damit Millionen Gesunden noch das zum Leben Nötigste entzogen werden muss, um Millionen Ungesunder am Leben zu erhalten.“⁴²

Schließlich versuchte der Schweizer Arzt Stavros Zurukzoglu im Jahr 1938 die Aufgaben der Eugenik darzustellen. Diese sollte zunächst feststellen, ob die Behauptung, die weitere Entwicklung und Verbesserung der Menschen, auch wirklich möglich war. Weiters sollten sich Eugeniker mit der Frage befassen, inwiefern man erbgesunde Familien fördern könne, um ihre körperlichen kulturschöpferischen Anlagen zu bewahren. Außerdem war nach Zurukzoglu auch die Erforschung der Entartung äußerst wichtig damit man erblich belasteten Nachwuchs verhüten kann⁴³.

Mit den zunehmenden Kriegsvorbereitungen ging man schließlich zur physischen Vernichtung der Behinderten über. Da sie als entbehrlich und „unnütze Esser“ angesehen wurden, war dies der nächste logische Schritt für die Nationalsozialisten⁴⁴. Für sie war die „rassische Höherentwicklung des Volkes“ einer der zentralen Punkte ihrer Ideologie und so forderten sie die Ausmerzung aller „Erbkranken“ und „Minderwertigen“⁴⁵. Das nationalsozialistische Euthanasieprogramm setzte mit

³⁹ *Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 56*

⁴⁰ *Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 57*

⁴¹ *Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 37*

⁴² *Hinterhuber, Ermordet und vergessen, 9*

⁴³ *Rudnick, Behinderte im Nationalsozialismus, 13*

⁴⁴ *Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 60*

⁴⁵ *Hinterhuber, Ermordet und vergessen, 22*

Beginn der Kriegshandlungen ein und stellt den ersten organisierten Massenmord dar. Dabei entwickelte man Techniken, die später beim Holocaust perfektioniert wurden. So ist es nicht verwunderlich, dass viele Mörder aus den Euthanasie-Zentren später diese Aufgabe in Sobibor, Treblinka und Belzec aufnahmen⁴⁶.

2.2. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von 1933

Am 14. Juli 1933 wurde von den Nationalsozialisten das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses beschlossen. Am 26. Juni 1935 und am 04. Februar 1936 traten noch zwei weitere Änderungsgesetze in Kraft, die das Gesetz vervollständigten⁴⁷. Das Gesetz besteht aus 18 Paragraphen. Hier werde ich meine Aufmerksamkeit auf die mir am Wichtigsten erscheinenden Paragraphen richten.

Die Regierung bestimmte folgendes: „§ 1. (1) Wer erbkrank ist, kann unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschwächen leiden. (2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet: 1. angeborenen Schwachsinn, 2. Schizophrenie, 3. Zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein, 4. erblicher Fallsucht, 5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea), 6. erblicher Blindheit, 7. erblicher Taubheit, 8. schwerer erblicher körperlicher Missbildung. (3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.“⁴⁸

Der Zusatz zu Paragraph 1 lautet: „Das Gesetz geht bewusst von der Erkenntnis aus, dass es nicht alle Erbranken, vor allen Dingen nicht alle leichteren Fälle von Geistesstörungen und auch nicht die gesunden Träger von Erbkrankheiten erfassen kann; es will zunächst nur die Krankheitsgruppen einbeziehen, bei denen die Regeln der Vererbung mit großer Wahrscheinlichkeit einen erbkranken Nachwuchs erwarten lassen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die von dem Gesetz nicht erfassten Erbkranken und vor allen Dingen die gesunden Träger von Erbkrankheiten auch auf andere Weise von der Fortpflanzung abgehalten werden können. Es wird Aufgabe der

⁴⁶ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 60

⁴⁷ *Rudolf Beyer* (Hrsg.), *Hitlergesetze V. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Gesetz gegen Missbräuche bei der Eheschließung und der Annahme an Kindes Statt. Sämtliche Gesetze mit den amtlichen Begründungen.* (4. Auflage, Leipzig 1937), 3

⁴⁸ *Beyer*, *Hitlergesetze V*, 5

dazu berufenen Stellen sein, durch Aufklärung und Eheberatung die Wirksamkeit dieses Gesetzes zu vervollständigen. Andererseits ist zu betonen, dass das Gesetz nur ein beachtlicher Anfang auf dem Wege der Vorsorge für das kommende Geschlecht ist und dass beim Fortschreiten der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Vererbung anderer Krankheiten stets die Möglichkeit der Ergänzung besteht. [...] Bei entarteten Trunksüchtigen wird man sich bei der Sterilisierung auf die schwersten Formen von Alkoholismus beschränken, da dann auch eine geistige und ethische Minderwertigkeit vorliegt, so dass Nachwuchs von diesen Personen aus mehrfachen Gründen nicht erwünscht ist. ⁴⁹

Paragraph 2 besagt „(1) Antragsberechtigt ist derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll. Ist dieser geschäftsunfähig oder wegen Geistesschwäche entmündigt oder hat er das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet, so ist der gesetzliche Vertreter antragsberechtigt; er bedarf dazu der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. In den übrigen Fällen beschränkter Geschäftsfähigkeit bedarf der Antrag der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Hat ein Volljähriger einen Pfleger für seine Person erhalten, so ist dessen Zustimmung erforderlich. (2) Dem Antrag ist eine Bescheinigung eines für das Deutsche Reich approbierten Arztes beizufügen, dass der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist. (3) Der Antrag kann zurückgenommen werden. §3 Die Unfruchtbarmachung können auch beantragen 1. Der beamtete Arzt, 2. für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.“⁵⁰

Auch bei diesen beiden Paragraphen ist ein Zusatz zu finden: „Das Gesetz geht davon aus, dass derjenige dessen Unfruchtbarmachung zum Nutzen der Volksgesundheit notwendig ist, in vielen Fällen selbst die nötige Einsicht aufbringen wird, um die Sterilisierung zu beantragen. Die Bestimmungen über die Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters, des Pflegers und des Vormundschaftsgerichts sind den allgemeinen Vorschriften des Vormundschaftsrechts angepasst. Da in weiten Kreisen eine ausreichende Kenntnis von dem Wesen und den Auswirkungen der Unfruchtbarmachung nicht vorausgesetzt werden kann, erscheint es gerechtfertigt, dass der Antrag erst nach entsprechender ärztlicher Aufklärung zulässig sein soll. Im

⁴⁹ Beyer, Hitlergesetze V, 14f.

⁵⁰ Beyer, Hitlergesetze V, 6

Hinblick darauf, dass die Allgemeinheit ein erhebliches Interesse an der Sterilisierung haben kann, sollen auch der beamtete Arzt und bei Insassen von den geschlossenen Anstalten der Anstaltsleiter antragsberechtigt sein⁵¹.

Die Zuständigkeit wird in Paragraph 5 geregelt: „Zuständig für die Entscheidung ist das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk der Unfruchtbarzumachende seinen Gerichtsstand hat.“⁵²

Weiters beschäftigte sich Paragraph 7 mit dem Ablauf des Verfahrens: „(1) Das Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht ist nicht öffentlich. (2) Das Erbgesundheitsgericht hat die notwendigen Ermittlungen anzustellen; es kann Zeugen und Sachverständige vernehmen sowie das persönliche Erscheinen und die ärztliche Untersuchung des Unfruchtbarzumachenden anordnen und ihn bei unentschuldigtem Ausbleiben vorführen lassen. Auf die Vernehmung und Beeidigung der Zeugen und Sachverständigen sowie auf die Ausschließung und Ablehnung der Gerichtspersonen finden die Vorschriften der Zivilprozessordnung sinngemäße Anwendung. Ärzte, die als Zeugen oder Sachverständige vernommen werden, sind ohne Rücksicht auf das Berufsgeheimnis zur Aussage verpflichtet. Gerichts- und Verwaltungsbehörden sowie Krankenanstalten haben dem Erbgesundheitsgericht auf Ersuchen Auskunft zu erteilen.“⁵³

Außerdem habe laut Paragraph 8 „das Gericht unter Berücksichtigung des gesamten Ergebnisses der Verhandlung und Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden. Die Beschlussfassung erfolgt auf Grund mündlicher Beratung mit Stimmenmehrheit. Der Beschluss ist schriftlich abzufassen und an der Beschlussfassung beteiligten Mitgliedern zu unterschreiben. Er muss die Gründe angeben, aus denen die Unfruchtbarmachung beschlossen oder abgelehnt worden ist. Der Beschluss ist dem Antragsteller, dem beamteten Arzt sowie demjenigen zuzustellen, dessen Unfruchtbarmachung beantragt worden ist, oder, falls dieser nicht antragsberechtigt ist, seinem gesetzlichen Vertreter.“⁵⁴

⁵¹ Beyer, Hitlergesetze V, 15

⁵² Beyer, Hitlergesetze V, 6

⁵³ Beyer, Hitlergesetze V, 7

⁵⁴ Beyer, Hitlergesetze V, 7

In Paragraph 9 wird geregelt: „Gegen den Beschluss können die im §8 Satz 5 bezeichneten Personen binnen einer Notfrist von 14 Tagen nach der Zustellung schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts Beschwerde einlegen.“⁵⁵ Dennoch hatte Beschwerde aufschiebende Wirkung und das Erbgesundheitsobergericht entschied über diese⁵⁶.

Weiters wird in Paragraph 10a geregelt, wie man das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses auf schwangere Frauen anwenden soll. Dort steht: „(1) hat ein Erbgesundheitsgericht rechtskräftig auf Unfruchtbarmachung einer Frau erkannt, die zur Zeit der Durchführung der Unfruchtbarmachung schwanger ist, so kann die Schwangerschaft mit Einwilligung der Schwangeren unterbrochen werden, es sei denn, dass die Frucht schon lebensfähig ist oder die Unterbrechung der Schwangerschaft eine ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Frau mit sich bringen würde. (2) Als nicht lebensfähig ist die Frucht dann anzusehen, wenn die Unterbrechung vor Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats erfolgt.“⁵⁷ Hier wird anschließend auf § 218 des Strafgesetzbuches eingegangen, der Abtreibungen unter Strafe stellte. Sollte die Schwangerschaft allerdings eine gesundheitliche Gefahr für die Mutter darstellen, durfte eine Abtreibung vorgenommen werden. Aus der Begründung zu diesem Paragraphen: „Ein Abweichen von dem Grundsatz, dass die Schwangerschaftsunterbrechung nur aus gesundheitlichen Gründen gerechtfertigt ist, erschien hinsichtlich der Schwangerschaftsunterbrechung in solchen Fällen notwendig, in denen infolge der Erbkrankheit der Mutter mit einer erbkranken Nachkommenschaft zu rechnen ist. Diese Regelung ergab sich in logischer Verfolgung der Gedankengänge, die dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zugrunde liegen. Sie entspricht auch den Wünschen vieler erbkranker Mütter, die es als Härte empfinden, ein vielleicht erbkrankes Kind austragen zu müssen. Nachdem einzelne Erbgesundheitsgerichte eine Schwangerschaftsunterbrechung bei einer Erbkranken als zulässig erklärt haben, wird nunmehr diese Frage durch §10a gesetzlich geregelt. Zur Verhütung von Missbräuchen wird die Vornahme des Eingriffs davon abhängig gemacht, dass ein Erbgesundheitsgericht rechtskräftig auf Unfruchtbarmachung der Mutter erkannt hat.

⁵⁵ Beyer, Hitlergesetze V, 8

⁵⁶ Beyer, Hitlergesetze V, 8

⁵⁷ Beyer, Hitlergesetze V, 8

Das Wort Frau im Abs. 1 umfasst die eheliche wie die uneheliche Mutter. Aus naheliegenden Gründen ist ein Eingriff nur zulässig, solange die Frucht nicht lebensfähig ist. Die Vornahme des Eingriffs soll nur mit Einwilligung der Schwangeren zulässig sein. Die Frage der Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters in den Fällen der Geschäftsunfähigkeit oder der beschränkten Geschäftsfähigkeit wird in den zu erlassenen Ausführungsvorschriften geregelt werden.“⁵⁸

Wie die Unfruchtbarmachung vorzunehmen war, wurde durch Paragraph 11 geregelt: „(1) Die Unfruchtbarmachung hat im Wege des chirurgischen Eingriffs zu erfolgen. Die Reichsminister des Inneren und der Justiz bestimmen, unter welchen Voraussetzungen auch andere Verfahren zur Unfruchtbarmachung angewandt werden können. (2) Der zur Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung notwendige ärztliche Eingriff darf nur in einer Krankenanstalt von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt ausgeführt werden. Dieser darf den Eingriff erst vornehmen, wenn der die Unfruchtbarmachung anordnende Beschluss endgültig geworden ist. Die oberste Landesbehörde bestimmt die Krankenanstalten und Ärzte, denen die Ausführung der Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung überlassen werden darf. Der Eingriff darf nicht durch einen Arzt vorgenommen werden, der den Antrag gestellt oder in dem Verfahren als Beisitzer mitgewirkt hat. (3) Der ausführende Arzt hat dem beamteten Arzt einen schriftlichen Bericht über die Ausführung der Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung unter Angabe des angewendeten Verfahrens einzureichen.“⁵⁹

Außerdem wurde zu diesem Paragraphen noch folgendes im Anhang hinzugefügt: „Um eine zuverlässige und sachgemäße Ausführung zu sichern, soll der sterilisierende Eingriff nur von den staatlich hierfür besonders zugelassenen Ärzten in den gleichfalls ausdrücklich zugelassenen Krankenanstalten ausgeführt werden, und zwar, um jeden Verdacht eines nicht ganz unparteiischen Verhaltens von vornherein auszuschließen, nur durch einen solchen Arzt, der in dem Verfahren weder als Antragssteller aufgetreten ist noch als Beisitzer mitgewirkt hat“⁶⁰.

⁵⁸ Beyer, Hitlergesetze V, 8f.

⁵⁹ Beyer, Hitlergesetze V, 9f.

⁶⁰ Beyer, Hitlergesetze V, 16

Schließlich wurde in Paragraph 12 noch folgendes ausgeführt: „(1) Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen, sofern nicht dieser allein den Antrag gestellt hat. Der beamtete Arzt hat bei der Polizeibehörde die erforderlichen Maßnahmen zu beantragen. Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig. (2) Ergeben sich Umstände, die eine nochmalige Prüfung des Sachverhalts erfordern, so hat das Erbgesundheitsgericht das Verfahren wieder aufzunehmen und die Ausführung der Unfruchtbarmachung vorläufig zu untersagen. War der Antrag abgelehnt worden, so ist die Wiederaufnahme nur zulässig, wenn neue Tatsachen eingetreten sind, welche die Unfruchtbarmachung rechtfertigen.“⁶¹

Wichtig ist auch der Zusatz zu Paragraph 12, der ebenfalls im Anhang zu finden ist: „Ist die Unfruchtbarmachung durch einen endgültigen Beschluss angeordnet worden, so kann auf die Ausführung auch dann nicht verzichtet werden, wenn die freiwillige Duldung des chirurgischen Eingriffs nicht zu erreichen ist. Eine Ausnahme gilt nur für den Fall, dass der zu Sterilisierende allein den Antrag gestellt hat. Äußerstenfalls wird, soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, auch auf die Anwendung unmittelbaren körperlichen Zwanges nicht verzichtet werden können. Sind Zwangsmaßnahmen notwendig, so hat der Arzt der nach §4 Satz 3 Kenntnis von dem Antrag und nach §8 Satz 5, §10 Abs. 2 von der Entscheidung erhält, das erforderliche bei der Polizeibehörde zu veranlassen“⁶².

Weiters findet man unter Paragraph 14: „(1) Eine Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung, die nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt, sowie eine Entfernung der Keimdrüsen sind nur dann zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und dessen Einwilligung vollzieht. (2) Eine Entfernung der Keimdrüsen darf beim Manne mit seiner Einwilligung auch dann vorgenommen werden, wenn sie nach amts- oder gerichtsärztlichem Gutachten erforderlich ist, um ihn von einem entarteten Geschlechtstrieb zu befreien, der die Begehung weiterer Verfehlungen im Sinne der §§ 175 bis 178, 183, 223 bis 226 des Strafgesetzbuchs befürchten lässt. Die

⁶¹ Beyer, Hitlergesetze V, 10

⁶² Beyer, Hitlergesetze V, 16f.

Anordnung der Entmannung im Strafverfahren oder im Sicherungsverfahren bleibt unverändert.“⁶³ Absatz 2 wird folgendermaßen begründet: „In Absatz 2 wird von der Ausschließlichkeit des medizinisch indizierten Eingriffes hinsichtlich der Beseitigung der Keimdrüsen (Kastration) eine Ausnahme zugelassen, indem fürderhin die Kastration auch zulässig sein soll, um einen mit entarteter geschlechtlicher Veranlagung behafteten Menschen davor zu bewahren, abermals dem Trieb, sich sittlich zu vergehen, u erliegen und sich erneut straffällig zu machen. Nachdem nunmehr die Vorschrift des § 42k des Strafgesetzbuchs in der Fassung des Gesetzes vom 24. November 1933 (Reichsgesetzbl. I S. 995) die zwangsweise Entmannung gefährlicher Sittlichkeitsverbrecher vorgesehen ist, lag der Gedanke, die freiwillige Entmannung in dem im Entwurf vorgesehenen Umfang zuzulassen, um so näher, als damit ernst Gefahren für Mitglieder der Volksgemeinschaft, nämlich für diejenigen, die das Opfer etwaiger künftiger Sittlichkeitsverfehlungen sein würden, abgewendet werden. Die vorgeschriebene amts- oder gerichtsärztliche Begutachtung erscheint zur Abwehr von Missbräuchen geeignet und ausreichend.“⁶⁴

Der nächste Paragraph – Paragraph 15 – gibt an wie sich das medizinische Personal zu verhalten hat: „(1) Die an dem Verfahren oder an der Ausführung des ärztlichen Eingriffes beteiligten Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. (2) Wer der Schweigepflicht unbefugt zuwiderhandelt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder mit Geldstrafe bestraft. Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. Den Antrag kann auch der Vorsitzende stellen.“⁶⁵

Auch für die Paragraphen 14 und 15 ist im Anhang ein Zusatz zu finden: „Das Rechtsgebiet der aus Gründen der Erbgesundheit erfolgenden Sterilisierung wird durch das Gesetz erschöpfend geregelt. Daneben stellt die Unfruchtbarmachung ebenso wie die Entfernung der Keimdrüsen (Kastration) auch dann keine rechtswidrige Körperverletzung dar, wenn sie auf medizinischer Indikation beruht, also zur Rettung von Leben oder Verletzten erfolgt. In allen anderen Fällen, so namentlich im Falle der sozialen Indikation, erfüllt die Unfruchtbarmachung eines Menschen den Tatbestand der Körperverletzung, so dass Strafverfolgung nach §§223a bis 225 des Strafgesetzbuchs zu erfolgen hat; die Anwendung des §226a des Strafgesetzbuchs ist insoweit ausgeschlossen. Die Vorschriften über die

⁶³ Beyer, Hitlergesetze V, 11

⁶⁴ Beyer, Hitlergesetze V, 11f.

⁶⁵ Beyer, Hitlergesetze V, 11

Schweigepflicht sind im Strafmaß dem §10 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18. Februar 1927 (Reichsgesetzbl. I S. 61) angepasst⁶⁶.

Im anschließenden Teil versuchte man zu begründen, weshalb das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses so wichtig war. Die nationalsozialistischen Machthaber sahen die hohen Geburtenziffern von sogenannten Minderwertigen und erblich Belasteten als Bedrohung des deutschen Volkes an. Da diese anscheinend durchschnittlich doppelt so viele Kinder bekamen wie gesunde deutsche Familien waren sie der Meinung, dass in den drei folgenden Generationen die gesunde und wertvolle Schicht von der Minderwertigen „überwuchert“ sein wird. Deshalb nahmen sie an, dass die „höchsten Werte auf dem Spiele stehen“⁶⁷.

Ein weiterer Grund für die Richtigkeit ihres Handelns sahen die Nationalsozialisten in den Sozialleistungen, die der minderwertigen Schicht zukamen und von den Steuergeldern der gesunden Familien bezahlt wurden: „Die Fürsorgelasten haben eine Höhe erreicht, die in gar keinem Verhältnis mehr zu der trostlosen Lage derjenigen steht, die dies Mittel durch Arbeit aufbringen müssen“⁶⁸.

Außerdem wurde das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses auch mit den Warnungen von Vererbungswissenschaftlern aus dem In- und Ausland begründet, die betonten, „dass der fortschreitende Verlust wertvoller Erbmasse eine schwere Entartung aller Kulturvölker zur Folge haben muss“⁶⁹. Deshalb sollte „die Unfruchtbarmachung eine allmähliche Reinigung des Volkskörpers und die Ausmerzungen von krankhaften Erbanlagen bewirken“⁷⁰. So sah die Führungsriege der Nationalsozialisten Sterilisierungen „als Tat der Nächstenliebe und Vorsorge für die kommende Generation“ an⁷¹.

In den nächsten Jahren folgten noch sechs Verordnungen zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Die erste Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses stammte vom 05. Dezember 1933 und bestand aus 10 Artikeln. Diese erste Verordnung widmete sich hauptsächlich den Rechten und Pflichten von ausführenden Ärzten, Pflegepersonal

⁶⁶ Beyer, Hitlergesetze V, 17

⁶⁷ Beyer, Hitlergesetze V, 13

⁶⁸ Beyer, Hitlergesetze V, 13

⁶⁹ Beyer, Hitlergesetze V, 13

⁷⁰ Beyer, Hitlergesetze V, 13

⁷¹ Beyer, Hitlergesetze V, 14

und Unfruchtbarzumachenden. So steht in Artikel 1 „[...] Der Antrag auf Unfruchtbarmachung soll nicht gestellt werden, wenn der Erbkranke infolge hohen Alters oder aus anderen Gründen nicht fortpflanzungsfähig ist, oder wenn der zuständige Amtsarzt bescheinigt hat, dass der Eingriff eine Gefahr für das Leben des Erbkranken bedeuten würde, oder wenn er wegen Anstaltsbedürftigkeit in einer geschlossenen Anstalt dauernd verwahrt wird. Die Anstalt muss voll Gewähr dafür bieten, dass die Fortpflanzung unterbleibt. Ein fortpflanzungsfähiger Erbkranker, der in der geschlossenen Anstalt verwahrt wird, darf nicht entlassen oder beurlaubt werden, bevor die Unfruchtbarmachung durchgeführt oder der Antrag endgültig abgelehnt worden ist; dies gilt nicht, wenn der für die Anstalt zuständige Amtsarzt aus besonderen Gründen der Entlassung oder Beurlaubung ausnahmsweise zustimmt. Die Unfruchtbarmachung soll nicht vor Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgenommen werden. Die Unfruchtbarmachung erfolgt in der Weise, dass ohne Entfernung der Hoden oder Eierstöcke die Samenleiter oder Eileiter verlegt, undurchgängig gemacht oder durchgetrennt werden“⁷².

Weiters findet man in dieser Verordnung unter Artikel 6 folgendes: „Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so hat der beamtete Arzt den Unfruchtbarzumachenden schriftlich aufzufordern, den Eingriff binnen zwei Wochen vornehmen zu lassen; die in Betracht kommenden Anstalten sind ihm dabei zu benennen. Hat der Unfruchtbarzumachende nicht allein den Antrag gestellt, so ist ihm ferner mitzuteilen, dass der Eingriff auch gegen seinen Willen vorgenommen werden wird. [...] Ist bei Ablauf der Frist (Abs. 1) der Eingriff noch nicht erfolgt, und hat sich der Unfruchtbarzumachende auch nicht in eine geschlossene Anstalt begeben oder ist er daraus wieder entwichen, so ist der Eingriff mit Hilfe der Polizeibehörde, nötigenfalls unter Anwendung unmittelbaren Zwanges, in der von dem beamteten Arzt bezeichneten Anstalt auszuführen. Bei Jugendlichen darf der Eingriff unter Anwendung unmittelbaren Zwanges nicht vor Vollendung des vierzehnten Lebensjahres ausgeführt werden. Die Polizeibehörde hat den beamteten Arzt über die getroffenen Maßnahmen zu unterrichten. [...]“⁷³

⁷² Beyer, Hitlergesetze V, 18f.

⁷³ Beyer, Hitlergesetze V, 20f.

Die zweite Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 29. Mai 1934 regelt rechtliche Fragen des Gesetzes, wie beispielsweise verschiedene Punkte zur Antragsstellung⁷⁴.

Die dritte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde am 25. Februar 1935 beschlossen. Dieses beschäftigt sich mit den anfallenden Kosten der Behandlungen sowie mit der Bestellung von Pflegern zu gesetzlichen Vertretern und regelt deren Rechte und Pflichten. In Artikel 4 lautet es beispielsweise: „Bevollmächtigten und Vertretern kann das Auftreten vor den Erbegesundheitsgerichten und Erbegesundheitsobergerichten aus wichtigen Gründen untersagt werden; der Beschluss ist unanfechtbar“⁷⁵. Außerdem steht in Artikel 5: „Falls der Beschluss des Erbegesundheitsgerichts oder Erbegesundheitsobergerichts dem Unfruchtbarzumachenden persönlich zuzustellen ist, kann nach dem Ermessen des Gerichts von einer Mitteilung der Gründe abgesehen werden. Auf Verlangen ist dem Unfruchtbarzumachenden eine Ausfertigung des vollständigen Beschlusses kostenlos zu erteilen. Die Zustellung eines abgekürzten Beschlusses steht in den Wirkungen der Zustellung eines vollständigen Beschlusses gleich“⁷⁶.

Die vierte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses folgte bereits am 18. Juli 1935. Diese enthält größtenteils Artikel zum Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen und der Sterilisation dieser Frauen: „Artikel 1. Die Unterbrechung der Schwangerschaft nach §10a des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und die Unfruchtbarmachung sollen nach Möglichkeit gleichzeitig durchgeführt werden“⁷⁷. Weiters steht in Artikel 12: „(1) Jede Unterbrechung der Schwangerschaft sowie jede vor Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche eintretende Fehlgeburt (Fruchtabgang) oder Frühgeburt sind binnen drei Tagen dem zuständigen Amtsarzt schriftlich anzuzeigen. (2) Zur Anzeige sind verpflichtet: 1. der hinzugezogene Arzt, 2. die hinzugezogene Hebamme, 3. jede sonst zur Hilfeleistung bei der Fehlgeburt (Fruchtabgang) oder Frühgeburt hinzugezogene Person, mit Ausnahme der Verwandten, Verschwägerten und der zum Haustand der Schwangeren gehörenden Personen. (3) Jedoch tritt die Verpflichtung

⁷⁴ Beyer, Hitlergesetze V, 30f.

⁷⁵ Beyer, Hitlergesetze V, 33

⁷⁶ Beyer, Hitlergesetze V, 33

⁷⁷ Beyer, Hitlergesetze V, 37

der in der vorstehenden Reihenfolge später genannten Personen nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden oder an der Erstattung der Anzeige verhindert ist. (4) Hat eine Gutachterstelle über die Zulässigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft gemäß Artikel 5 entschieden, so hat der den Eingriff vornehmende Arzt außerdem der Gutachterstelle binnen drei Tagen nach dem Eingriff hiervon Anzeige zu erstatten⁷⁸. In Artikel 14 findet man außerdem dazu: „[...] (2) Wer vorsätzlich oder fahrlässig der ihm in den Artikeln 12 und 13 auferlegten Anzeigepflicht zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Reichsmark bestraft⁷⁹“.

In der fünften Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 25. Februar 1936 wurde erstmals neben der chirurgischen Sterilisation eine weitere Form zugelassen – die Strahlentherapie. Dazu heißt es in Artikel 1: „(1) Die Unfruchtbarmachung einer Frau zum Zwecke der Verhütung erbkranken Nachwuchses kann durch Strahlenbehandlung (Röntgenbestrahlung, Radiumbestrahlung) vorgenommen werden, 1. Wenn die Frau über 38 Jahre alt ist, oder 2. wenn die Vornahme eines chirurgischen Eingriffs wegen besonderer Umstände mit Gefahr für Leben oder Gesundheit der Frau verbunden oder aus gesundheitlichen Gründen ohnedies eine Strahlenbehandlung der Geschlechtsorgane erforderlich ist, und wenn der Leiter des Gesundheitsamts der Strahlenbehandlung zustimmt. (2) Zur Strahlenbehandlung ist die Einwilligung der Frau erforderlich. Kann ihr wegen ihres krankhaften Geisteszustandes die Bedeutung des Maßnahme nicht verständlich gemacht werden, so bedarf es der Einwilligung des gesetzlichen Vertreters oder Pflegers⁸⁰“.

Die sechste Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses stammt vom 23. Dezember 1936 und beschäftigt sich vor allem mit Kostenfragen und Fürsorgevergütungen für mögliche Angehörig von Unfruchtbarzumachenden⁸¹.

⁷⁸ Beyer, Hitlergesetze V, 40f.

⁷⁹ Beyer, Hitlergesetze V, 41

⁸⁰ Beyer, Hitlergesetze V, 43

⁸¹ Beyer, Hitlergesetze V, 45ff.

Die Machtübernahme der NSDAP 1933 ermöglichte ihren Führern die „Reinerhaltung des deutschen Blutes“. Um ihr Ziel, die Säuberung des deutschen Erbgutes zu erreichen, wurde die Gesellschaft radikal umstrukturiert, was eine rassisch homogene, geistig gesunde sowie physisch zähe Bevölkerung hervorbringen sollte⁸². Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses trat bereits sechs Monate nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten am 01.01.1934 in Kraft, was auf einen zuvor schon fertig gestellten Gesetzestext hindeutet⁸³. Zwei Jahre zuvor, im Jahr 1932, hatte der Preußische Landesgesundheitsrat über ein Gesetz zur Sterilisation sogenannter „Minderwertiger“ entschieden. Jedoch konnten die Betroffenen freiwillig entscheiden, ob sie die Sterilisation durchführen lassen wollten oder nicht⁸⁴. Wie ich weiter oben angeführt habe (§12) ist zu erkennen, dass sich dies mit der nationalsozialistischen Machtübernahme änderte, und eine bereits beschlossene Sterilisation auch unter Anwendung von Zwang und mit Hilfe der Polizei durchgeführt werden konnte. Der Kommentar zu diesem Gesetz wurde von Dr. Arthur Gütt, Dr. Ernst Rüdin und Falk Ruttke verfasst, die somit maßgeblich an der Entstehung dieses Gesetzes beteiligt waren⁸⁵. Im Gesetz wurde behauptet, dass es sich um Erbkrankheiten handelte, jedoch fiel nur Chorea Huntington unter diese. Bei Manisch-Depressiven reichte jeder einzelne Fall, der als diagnostisch geklärt galt, um es als Erberkrankung einzustufen. Nur im Falle von Alkoholismus und Schwachsinn wird nicht von einer Erbkrankheit gesprochen⁸⁶. Mit diesem Gesetz wurde ein Schritt zur vollständigen Erfassung sogenannter Minderwertiger im Dritten Reich gesetzt. Wie bereits erwähnt, wurde stellte man das absichtliche sowie das unabsichtliche Ausbleiben einer Anzeige unter Strafe⁸⁷.

Die Erbgerichtsbarkeit stellte eine rassische Sonderjustiz im nationalsozialistischen Machtapparat dar. Dieser waren über 200 Erbgesundheitsgerichte angegliedert. Zwar waren Rechtsanwälte ab 1935 zugelassen, allerdings wurden sie von der Akteinsicht ausgeschlossen. Außerdem wurde das Urteil auch ohne die Anwesenheit des jeweiligen Opfers gesprochen. Diese Beschlüsse waren immer endgültig⁸⁸. Die

⁸² *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 52

⁸³ *Rudnick*, Behinderte im Nationalsozialismus, 86

⁸⁴ *Rudnick*, Behinderte im Nationalsozialismus, 86

⁸⁵ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 40

⁸⁶ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 41

⁸⁷ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 42

⁸⁸ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 42f.

Sterilisierung sollte chirurgisch und in Kliniken stattfinden⁸⁹. Erst in der fünften Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde, wie bereits erwähnt, Strahlentherapie als Sterilisationsart erlaubt.

Im Jahr 1935 kam schließlich noch das Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes hinzu, welches die Heirat bei ansteckenden Krankheiten, Erbkrankheiten oder geistigen Störungen verbot. Ebenfalls im selben Jahr erlangte auch das Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre (Blutschutzgesetz) Gültigkeit. Dieses stellte zum einen Ehen zwischen Arier und Juden sowie außerehelichen Verkehr zwischen Arier und Juden unter Strafe. Im Reichsbürgergesetz wurde schließlich noch die Definition „Jude“ gesetzlich festgeschrieben⁹⁰. Mit diesen drei Gesetzen war die rassistische Gesetzgebung vervollständigt⁹¹.

⁸⁹ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 43

⁹⁰ Dietmut Majer, „Fremdvölkische“ im Dritten Reich. Ein Beitrag zur nationalsozialistischen Rechtssetzung und Rechtspraxis in Verwaltung und Justiz unter besonderer Berücksichtigung der eingegliederten Ostgebiete und des Generalgouvernements, (Boppard am Rhein 1981), 199

⁹¹ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 44

3. DIE VERNICHTUNG DES LEBENSUNWERTEN LEBENS

3.1. Die „Aktion T4“

Im Verlauf der „Aktion T4“ in den Jahren 1940/41 wurden über 70.000 Personen, die als unheilbare Geistesranke oder Schwerstbehinderte eingestuft wurden, ermordet. An dieser Mordaktion waren viele Mediziner maßgeblich beteiligt. Dabei handelte es sich einerseits um renommierte Psychiater und andererseits um Jungmediziner, die als Tötungsärzte in den einzelnen Mordzentren in den Einsatz kamen⁹².

Es gab insgesamt 14 Ärzte, die die Massenvernichtung der Patientinnen und Patienten durchführten. Diese waren: Ernst Baumhardt, Friedrich Berner, Kurt Borm, Heinrich Bunke, Irmfried Eberl, Klaus Endrweit, Bodo Gorgaß, Günther Hennecke, Rudolf Lonauer, Georg Renno, Aquillin Ulrich, Curt Schmalenbach, Horst Schumann und Hannes Wortmann⁹³. Die Ärzte konnte man in zwei Kategorien einteilen: zur ersten Kategorie zählende waren parteipolitisch organisiert und meist von den rassenhygienischen Maßnahmen überzeugt. Die zur zweiten Kategorie gehörenden waren meist jüngere Assistenzärzte, die zuvor für sie unbefriedigende Aufgaben in der Wehrmacht zu erfüllen hatten⁹⁴. Diese Ärzte sahen sich meistens als Reformer der Psychiatrie an, die die Insassenanzahl nicht nur durch die Vernichtung unheilbar Kranker erreichen wollten, sondern auch durch möglichst frühe Therapie und Heilung von Kranken⁹⁵.

Schon im Juli 1939 leiteten Philipp Bouhler, Leiter der Kanzlei des Führers, und Viktor Brack, Oberdienstleiter des Amtes II der Kanzlei des Führers, die ersten organisatorischen Schritte der Euthanasie ein. Die Beiden wählten einige Psychiater aus, die sie an der Planung und Durchführung dieser Aktion beteiligen wollten. Außerdem sollten diese als Gutachter für die Selektion in den einzelnen Anstalten

⁹² Michael Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“. Dargestellt am Beispiel des Wirkens und der strafrechtlichen Verfolgung ausgewählter Tötungsärzte, (Paffenweiler 1998), 9

⁹³ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 10

⁹⁴ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 10f.

⁹⁵ Götz Aly (Hg.), Aktion T4. 1939-1945. Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4, (2. Auflage, Berlin 1989), 16

fungieren. Die ausgewählten Psychiater wurden schließlich im August 1939 über die Aktion in Kenntnis gesetzt und zu Stillschweigen verpflichtet⁹⁶.

Für Hans-Walter Schmuhl gibt es fünf wesentliche Gründe für die Geheimhaltung der Erwachseneneneuthanasie:

1. „Die Verhinderung jeder Einflussnahme der normativen, staatlichen Behörden auf die führerunmittelbaren Organe, die mit der Durchführung der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ beauftragt wurden.
2. Die Verhinderung von Unruhe in der Bevölkerung sowie an der Front.
3. Die Möglichkeit zu einem „stillschweigenden Einverständnis“ für die Angehörigen.
4. Die Verhinderung der sogenannten „Feindpropaganda“ Material zu liefern.
5. Die Verhinderung möglicher kirchlicher Widerstände und Empörung.“⁹⁷

Daraufhin begannen Bouhler, Brack und Karl Brandt, Hitlers Leibarzt, ein Ermächtigungsschreiben zu verfassen, das die Grundlage zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ und von Hitler unterschrieben werden sollte. Dieser erklärte die geplante Vernichtung allerdings zur „Geheimen Reichssache“. Allerdings unterschrieb er schließlich im Oktober 1939 ein Ermächtigungsschreiben, um den Anschein gewisser rechtlicher Grundlagen zu wahren⁹⁸. Hitler hatte es steht abgelehnt die „Vernichtung des lebensunwerten Lebens“ gesetzlich festzulegen⁹⁹. Zu diesem Zeitpunkt hatte man auch schon die Zahl der zu Tötenden festgelegt: 65. – 70.000 Personen sollten durch die Aktion T4 ihr Leben lassen¹⁰⁰.

Ebenfalls Anfang Oktober 1939 wurde bei einer Besprechung des Leitungsgremiums entschieden, den Tod der Patientinnen und Patienten durch Vergasen mit Kohlenmonoxid herbeizuführen. Der Tod durch Injektionen wurde zwar von den meisten Teilnehmern bevorzugt, jedoch war das bei einer Zahl von 70.000 Opfern nicht durchführbar¹⁰¹.

⁹⁶ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 20

⁹⁷ Hans-Walter Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, (Göttingen 1987), 191

⁹⁸ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 21f.

⁹⁹ Thomas Stöckle, Grafeneck 1940. Die Euthanasie-Verbrechen in Südwestdeutschland, (2. Auflage, Tübingen 2005), 32

¹⁰⁰ Aly (Hg.), Aktion T4, 11

¹⁰¹ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 195

Die Kanzlei des Führers und das dazugehörige Hauptamt II waren das sowohl politische als auch administrative Zentrum der Euthanasie. Alle Befehle zur Steuerung, Organisation, Koordination und Überwachung der Aktion hatten hier ihren Ursprung. Allerdings wollte man die Kanzlei des Führers nicht mit dieser Aktion in Verbindung bringen, weshalb man den bürokratischen Apparat der Euthanasie-Zentrale in die Berliner Tiergartenstraße 4 verlegte. Diese Zentrale in der Tiergartenstraße 4, die der Aktion auch ihren Namen gab, versteckte sich hinter verschiedenen Tarnorganisationen und trat in der Öffentlichkeit als „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ (RAG) auf¹⁰². Die Hauptaufgabe der RAG war die Erfassung der zu tötenden Personen mittels Fragebogen sowie der Aufbewahrung dieser Daten. Außerdem beinhaltete die RAG die medizinische Abteilung der Zentraldienststelle¹⁰³. Weiters war die „Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege“ zum einen nach innen für die Arbeitsverträge der Mitarbeiter und zum anderen nach außen für die Pachtverträge der späteren Tötungsanstalten zuständig¹⁰⁴. Auch die Beschaffung des Gases sowie die Verwertung von Schmuck und Zahngold der Toten gehörten in den Zuständigkeitsbereich der Stiftung¹⁰⁵. Außerdem wurde auch noch die Gemeinnützige Kranken-Transportgesellschaft m. b. H. gegründet, die für den Transport der Kranken in die Tötungsanstalten verantwortlich war¹⁰⁶. Schließlich wurde auch noch die „Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten“ gegründet, die für die Kosten- und Finanzprobleme der „Aktion T4“ verantwortlich war¹⁰⁷. Erst als sich langsam Proteste von Seiten der Kirche und der Bevölkerung laut wurden, wurde das Reichsjustizministerium über die Vorgänge informiert, das künftig versuchte die Morde besser vor der Öffentlichkeit abzuschirmen¹⁰⁸.

Ende Oktober 1939 wurde damit begonnen verschiedene Heil- und Pflegeanstalten innerhalb der Grenzen des Altreichs zu pachten oder zu beschlagnahmen. So wurden folgende sechs Tötungsanstalten eingerichtet: Grafeneck (Württemberg), Brandenburg (Havel), Bernburg an der Saale, Hartheim (Linz), Sonnenstein (Pirna)

¹⁰² Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 22

¹⁰³ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 194

¹⁰⁴ Aly (Hg.), Aktion T4, 12

¹⁰⁵ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 195

¹⁰⁶ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 194

¹⁰⁷ Aly (Hg.), Aktion T4, 12

¹⁰⁸ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 24

und Hadamar (Limburg). Meistens lagen diese Gebäudekomplexe außerhalb von Orten und Städten und verfügten über günstige Verkehrsanbindungen. Diese wurden zu Vernichtungsanstalten mit einer Aufnahmestation, einer Gaskammer und ein bis zwei Krematorien umgebaut und zur Sicherheit mit hohen Mauern umgeben¹⁰⁹. Geleitet wurden diese Zentren von einem ärztlichen Direktor, dem ein bis zwei junge Ärzte unterstanden. Es gab in allen Tötungsanstalten Standesämter, die für die Ausfüllung der Totenscheine und „Trostbriefe“ zuständig war¹¹⁰. Außerdem unterstanden diese Vernichtungsanstalten direkt der Zentrale in der Tiergartenstraße 4 in Berlin¹¹¹.

Man geht davon aus, dass sich im Oktober 1940 eine 30-köpfige Kommission traf, die erneut über ein Euthanasie-Gesetz debattierte. Auf dieser Konferenz wurde die Legitimation zum Töten nun festgelegt. Paragraph 1 regelte die sogenannte „Sterbehilfe auf Verlangen“. Dabei wurde ein Mindestalter der jeweiligen Personen von 21. bzw. 25 Jahren in Betracht gezogen¹¹². Paragraph 2 regelte die staatlich verfügte Lebensvernichtung gegen den Willen des Opfers. Bei diesem Paragraph stand ein Mindestalter natürlich nicht zur Debatte, sondern waren hier Menschen aller Altersgruppen betroffen, die eine „erhebliche Geistesschwäche“ vorwiesen¹¹³.

Rekrutiert wurden die Tötungsärzte meistens aufgrund von Empfehlungen von Parteimitgliedern. Diese Rekrutierungsphase wurde von Ende 1939 bis Mitte 1941 abgehalten¹¹⁴. Zweifel und Ablehnung der jungen Ärzte wurden mit der ausreichenden gesetzlichen Grundlage begründet, die durch das Ermächtigungsschreiben Hitlers gerechtfertigt wurde. Weiters wurde diesen Ärzten mitgeteilt, dass die Sterbehilfe ausschließlich bei Geisteskranken mit sogenannten „Endzuständen“ als Erlösung durchgeführt werden würde¹¹⁵.

Das nicht-ärztliche Personal wurde mit Hilfe von Abkommandierungen, Notdienstvereinbarungen und freien Vereinbarungen eingezogen. Dabei bevorzugte man vor allem SS-Zugehörige, die die richtigen Einstellungen zu den

¹⁰⁹ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 24

¹¹⁰ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 26

¹¹¹ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 26

¹¹² Aly (Hg.), Aktion T4, 15

¹¹³ Aly (Hg.), Aktion T4, 15f.

¹¹⁴ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 27

¹¹⁵ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 28f.

nationalsozialistischen Zielen vertraten. Ähnlich der Auswahl der Ärzte lief auch die Auswahl des restlichen Pflegepersonals ab¹¹⁶.

In den Vernichtungsanstalten gab es auch immer Verwaltungspersonal, das vorwiegend aus dem Kleinbürgertum stammte. Der Großteil dieser war schon vor der Machtergreifung der Nationalsozialisten entweder der NSDAP, der SS oder SA beigetreten¹¹⁷.

Mit Beendigung der Planung wurde Ende September 1939 ein Erlass der Gesundheitsabteilung verfügt. Dieser forderte alle außerpreußischen Landesbehörden dazu auf, bis Mitte Oktober ein Verzeichnis über alle staatlichen, privaten sowie kirchlichen Heil- und Pflegeanstalten auf dem Boden des deutschen Reiches anzufertigen. Als dies abgeschlossen war wurde schließlich mit der Erfassung aller Patientinnen und Patienten begonnen. Dazu verschickte man einen Runderlass an die Anstalten, dem ein Merkblatt sowie Vordrucke von Meldebögen hinzugefügt wurden¹¹⁸. Diese Meldebögen fragten nach Art der Krankheit, der Aufenthaltsdauer sowie der Arbeitsfähigkeit der einzelnen Patientinnen und Patienten. Die Anstaltsleiter wurden über den Zweck dieser Bögen vorerst nicht in Kenntnis gesetzt¹¹⁹. Zu melden waren laut diesem Erlass sämtliche Patientinnen und Patienten, die man in den Anstalten nicht beschäftigen konnte und an folgenden Krankheiten litten: Schizophrenie, Epilepsie, Therapie-refraktäre Paralyse, Schwachsinn aller Ursachen, Encephalitis, Chorea Huntington sowie andere neurologische Erkrankungen. Weiters hatte man jene Personen zu melden, die sich seit mindestens fünf Jahren dauernd in Anstalten befanden, als kriminelle Geisteskranke verwahrt wurden und/oder nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen oder nicht deutschen oder artverwandten Blutes waren¹²⁰. Die zu tötenden Personen waren also jene, die bereits Jahre davor durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zu Opfer von Sterilisation geworden waren¹²¹.

Sofern es Anstalten gab, die die Ausfüllung dieser Meldebögen verweigerten, wurden früher oder später von einem T4-Gutachter besucht, der dann die Insassen an Ort und

¹¹⁶ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 30

¹¹⁷ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 31

¹¹⁸ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 42

¹¹⁹ Aly (Hg.), Aktion T4, 11

¹²⁰ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 197

¹²¹ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 198

Stelle selektierte. Das geschah meistens vollkommen oberflächlich und willkürlich¹²². Es gab auch Anstaltsleiter, die, als sie vom Zweck der Meldebögen erfuhren, diese begannen zu verfälschen oder versuchten die Behörden hinzuhalten. Folglich verboten die Behörden den Anstalten die Benachrichtigung von Verwandten, Verlegungen und eigenmächtige Entlassungen der Patientinnen und Patienten¹²³. Allerdings gab es natürlich auch Anstaltsleiter, die die Meldebögen mit vollster Gewissenhaftigkeit ausfüllten und lieber die ein oder andere Person der Vernichtung auslieferten¹²⁴.

Anschließend wurden diese Bögen wieder zurück an die Zentrale in Berlin geschickt. Dort wurde umgehend für jeden einzelnen Insassen eine Krankenakte und Karteikarte angefertigt. Anschließend fertigte man von jedem Meldebogen fünf Kopien an, wovon zwei für das Verlegungsverfahren vorgesehen waren und die restlichen drei an verschiedene Psychiater weitergeleitet wurden, die anhand dieser ein Gutachten anfertigen mussten. War ihrer Meinung nach ein Patient oder eine Patientin „liquidierungsbedürftig“ mussten sie ein rotes „+“ angeben. Für die Zurückstellung von Personen gab es ein blaues „-“, als Kennzeichen und für unsichere Diagnosen gab es ein blaues „?“¹²⁵. Diese Gutachten gingen schlussendlich wieder zurück an die Zentrale, wo ein Obergutachter über Leben oder Tod der einzelnen Patientinnen und Patienten entschied.

Auf Grundlage dieser Gutachten wurden in der weiteren Folge die Transportlisten für die Verlegungen der Insassen angefertigt. Die Anstaltsleitungen der Stammanstalten erfuhren meistens immer erst wenige Tage vor der Verlegung über diese¹²⁶. Sämtliche Vorbereitungen für die Verlegungen wurden anhand dieser Listen getroffen, so hatte man beispielsweise unruhigen Kranken vor Transportbeginn Beruhigungsmittel zu verabreichen¹²⁷. Die Verlegungen wurden von der Gemeinnützigen Kranken-Transportgesellschaft m.b.H., kurz Gekrat, geleitet. Nach der Ankunft in der Stammanstalt übernahm mitgereistes Begleitpersonal die Insassen. Dem Transportleiter wurden dann die Wertgegenstände und jeweiligen Krankenakten

¹²² Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 43

¹²³ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 203

¹²⁴ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 44

¹²⁵ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 44f.

¹²⁶ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 45

¹²⁷ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 204

ausgehändigt¹²⁸. Weiters war es üblich dem Anstaltspersonal der Stammanstalt das Ziel der Verlegung zu verheimlichen¹²⁹. Waren zu Beginn der Aktion T4 diese Transporte noch reibungslos über die Bühne begannen, kam es im Laufe der Aktion immer mehr zu Problemen. Zum einen verloren die Begleitpersonen zunehmend das Vertrauen des Anstaltspersonals und zum anderen häuften sich Momente, in denen sich einzelne Patientinnen und Patienten gegen die Deportation zu wehren versuchten¹³⁰. Vielen Kranken war bewusst was die Verlegung zu bedeuten hatten. Wer sich versuchte gegen den Abtransport zu wehren, wurde unter Anwendung von Gewalt gefügig gemacht¹³¹.

Schon im Herbst 1940 wurden erste Heil- und Pflegeanstalten, die sich in der Nähe der Vernichtungsanstalten befanden, zu Zwischenanstalten umstrukturiert. Dies sollte einen reibungsloseren Ablauf der Aktion gewährleisten. Außerdem sollten mit Hilfe dieser Zwischenanstalten ungewollte Nachfragen von Angehörigen eingedämmt werden. Die Insassen der Zwischenanstalten befanden sich in diesen quasi auf Abruf zur Weiterleitung in die Tötungsanstalt¹³². Ein weiterer Grund für die Errichtung von Zwischenanstalten war, dass somit mögliche Fehlentscheidungen der Gutachtverfahren entdeckt werden könnten¹³³. Allerdings kam auch schon eine große Zahl der sich in den Zwischenanstalten befindlichen Insassen ums Leben, was vor allem an den Folgen des Transportes, Hunger, Kälte, den miserablen hygienischen Zuständen sowie auch an sogenannten „Abspritzungen“ lag¹³⁴. Als Zwischenanstalten dienten damals unter anderen Zwiefalten (Grafeneck), Niederhart, Ybbs und Gschwandt für Hartheim, oder Wiesloch in Baden für Hadamar¹³⁵.

Einmal in den Tötungsanstalten angekommen überlebten die Patientinnen und Patienten dort nicht lange. Meistens dauerte der Aufenthalt in den Tötungsanstalten nicht länger als 24 Stunden¹³⁶. Direkt nach dem Eintreffen wurden die Opfer in einen Raum begleitet, in dem sie sich entkleiden mussten. Ihnen wurde mitgeteilt, dass dies

¹²⁸ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 46

¹²⁹ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 204

¹³⁰ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 46

¹³¹ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 205

¹³² Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 47

¹³³ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 205

¹³⁴ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 48

¹³⁵ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 206

¹³⁶ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 206

aufgrund einer ärztlichen Untersuchung geschehen musste. Nachdem die Patientinnen und Patienten gewogen, gemessen, fotografiert und mit einer Nummer versehen wurden, führte man sie dem Tötungsarzt vor¹³⁷. Diese Begutachtungen dauerten höchstens drei Minuten, mit denen man beabsichtigte die Patientinnen und Patienten in Sicherheit zu wiegen¹³⁸. In diesen wenigen Minuten musste sich der begutachtende Arzt eine Todesursache einfallen lassen und diese auf dem Meldebogen vermerken. Diese Todesursachen sollten möglichst unauffällig sein und zu seiner Krankenakte passen¹³⁹. Den Angehörigen wurden diese Todesursachen dann immer im Nachhinein in einem „Trostbrief“ mitgeteilt. Die weitere Arbeit der Ärzte bestand noch darin nach der Vergasung die erfundenen Todesursachen in die Totenscheine einzutragen, sowie in den Akten einen der Todesursache entsprechenden Krankheitsverlauf nachzutragen¹⁴⁰.

Nach der Untersuchung wurden die Opfer gemeinsam in die Gaskammer geführt. Damit sie ruhig blieben wurde ihnen mitgeteilt, dass es sich lediglich um ein Duschbad handle, deshalb leisteten die Kranken meistens keinen Widerstand¹⁴¹. Die Türen wurden schließlich verschlossen und der Tötungsarzt bediente den Gashahn¹⁴². Mit Hilfe eines kleinen Fensters in der Tür konnte sich der Arzt vom Tod der Patientinnen und Patienten überzeugen und nach spätestens 20-30 Minuten wurde der Gashahn wieder zuge dreht und die Kammer wurde entlüftet¹⁴³. Dies dauerte meistens ein bis zwei Stunden. Anschließend wurden die Leichen in einen Totenraum geschafft und wenn nötig wurden ihnen Goldzähne entfernt. Danach wurden sie verbrannt. Waren die Leichen von Kranken zur Sektion bestimmt worden, brachte man diese in einen dafür vorhergesehenen Raum¹⁴⁴. Da das Fassungsvermögen der Krematorien nicht groß genug war und pro Transport teilweise bis zu 150 Opfer zu verbuchen waren, mussten die sogenannten „Brenner“ in zwei Schichten arbeiten. Ansonsten hätte eine schnellstmögliche Beseitigung der Leichen nicht gewährleistet werden können. Die Knochen wurden anschließend zermahlen und notwendigerweise in Urnen gefüllt, die man auf Wunsch den Angehörigen zukommen ließ¹⁴⁵.

¹³⁷ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 48

¹³⁸ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 207

¹³⁹ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 49

¹⁴⁰ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 49

¹⁴¹ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 207

¹⁴² Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 49f.

¹⁴³ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 207

¹⁴⁴ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 207

¹⁴⁵ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 51

Nach der Ermordung der Patientinnen und Patienten musste die Büroabteilung die „Trostbriefe“ an die Hinterbliebenen anfertigen. Dabei wurde die vom Arzt gewählte Todesursache eingetragen und diesem schließlich zur Unterschrift vorgelegt. Diese unterschrieben mit ihrem Tarnnamen, beispielsweise unterschrieb Bunke immer als „Dr. Rieper“¹⁴⁶. Ab Mitte 1940 koordinierte eine Absteckabteilung die Verschickung der Todesnachrichten. Indem diese Abteilung Todesdaten manipulierte oder die Krankenakten der einzelnen Anstalten austauschte versuchte man Aufsehen zu vermeiden¹⁴⁷.

Abschließend brachte man die Todeslisten der Vernichtungsanstalten mit den Namen der Ermordeten sowie ihren Krankenakten wieder in die Zentrale nach Berlin. Diese wurden dort von Registratoren mit dem letzten Vermerk versehen und schließlich im Keller des Gebäudes gelagert¹⁴⁸.

Auch wenn die Nationalsozialisten versuchten, die „Aktion T4“ geheim zu halten, kam es während dieser immer wieder zu Pannen, weshalb die Bevölkerung langsam über die Aktion informiert wurde und immer beunruhigter wurde. Das sowie unter anderem die Predigt des Münsteraner Bischof von Galen, der in einer seiner Predigten die „Aktion T4“ öffentlich anprangerte, gehören zu den Gründen für die Einstellung der T4-Aktion. Die Kreisleitung der NSDAP Ansbach listete außerdem in einem Bericht an die Gauleitung Franken folgende Pannen auf:

1. „Eine Familie erhielt aus Versehen zwei Urnen.
2. Als Todesursache wurde eine Blinddarmentzündung angegeben. Der Blinddarm war dem Kranken aber schon vor Jahren entfernt worden.
3. Als Todesursache wurde ein Rückenmarksleiden angegeben. Jedoch wurde dieser Kranke nur wenige Tage vor seinem Tod von Angehörigen besucht und befand sich in bestem körperlichen Zustand.
4. Eine Familie erhielt eine Todesnachricht, obwohl diese Kranke noch immer in der Anstalt lebte und bei bester Gesundheit war.“¹⁴⁹

¹⁴⁶ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 51

¹⁴⁷ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 52

¹⁴⁸ Greve, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 52

¹⁴⁹ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 208f.

Der Widerstand von Teilen der Bevölkerung gegen die Euthanasie-Aktion wuchs stetig an, was man daran erklären kann, dass es die Befürchtung gab, sie würde sich auf andere Personen ausweiten, wie beispielsweise auf Kriegsversehrte, Altersheiminsassen oder Patientinnen und Patienten von Krankenhäusern¹⁵⁰. Die Judenverfolgung, die sich öffentlich abspielte, wurde im Gegensatz von der Bevölkerung als Fremdvernichtung verstanden, weshalb es nur selten zu Widerständen kam¹⁵¹.

Dennoch bedeutete die Einstellung der „Aktion T4“ im August 1941 aber nicht das Ende der Erwachsenen-Euthanasie im Dritten Reich¹⁵².

3.1.1. Exkurs: Die Ermordung jüdischer Anstaltsinsassen

Wie Philipp Bouhler während der Nürnberger Ärzteprozesses angab, wollten die Nationalsozialisten behinderte Juden und Jüdinnen eigentlich nicht in die Euthanasieaktion mit einbeziehen, da die „Wohltat der Euthanasie“ nur Deutschen zugute kommen sollte¹⁵³. Dennoch erging am 15. April 1940 ein Erlass, der die Erfassung aller jüdischen Patientinnen und Patienten vorschrieb¹⁵⁴. Obwohl man dieses Vorgehen zunächst anmahnte, wurden ungefähr 200 Kranke der Anstalt Berlin-Buch in das ehemalige Zuchthaus Brandenburg deportiert, wo sie vom Tötungsarzt Eberl vergast wurden¹⁵⁵. Dieser vermerkte die jüdischen Sondertransporte in seinem Dienstkalender immer mit einem „J“¹⁵⁶. Diese Eintragungen stimmen mit den bekannten Verlegungslisten jüdischer Patiententransporte exakt überein¹⁵⁷. Eberl wurde aufgrund seiner genauen Aufzeichnung von der T4-Zentrale überaus geschätzt, da es ihnen durch die Angabe von Namen und Adressen möglich war, noch lange nach dem Tod Pflegekosten von einigen Patientinnen und Patienten zu berechnen¹⁵⁸.

¹⁵⁰ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 209

¹⁵¹ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 209f.

¹⁵² *Greve*, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“, 53

¹⁵³ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 215

¹⁵⁴ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 269

¹⁵⁵ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 215

¹⁵⁶ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 269

¹⁵⁷ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 441

¹⁵⁸ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 442

Im Juli 1940 wurden ungefähr 400 jüdische Patientinnen und Patienten aus Wien nach Hartheim gebracht. Während man die arischen Kranken aufgrund ihrer Arbeitsfähigkeit beurteilte, reichte bei Juden und Jüdinnen lediglich die Tatsache „Jude“, um ins Gas geschickt zu werden¹⁵⁹.

Weiters wurden jüdische Kranke in den verschiedenen Ländern und Provinzen in Sammelanstalten einquartiert. Zu diesen gehörten unter anderen beispielsweise die Anstalten Heppenheim in Baden und Langenhorn für Hamburg¹⁶⁰. Von diesen Sammelanstalten aus wurden die jüdischen Patientinnen und Patienten von der Gekrat zu den Mordzentren gebracht¹⁶¹. Am 30. August 1940 erging schließlich ein Runderlass, der vorsah alle jüdischen Patientinnen und Patienten in einer einzigen Anstalt zu konzentrieren. Somit wurde eine Rasterfahndung bis in die kleinsten Anstalten des Reiches hervorgerufen¹⁶².

Die Auswahl dieser Patientinnen und Patienten wurde nicht aufgrund der Inhalte ihrer Meldebögen getroffen, sondern ausschließlich wegen der Listen, die in den einzelnen Anstalten angefertigt wurden. Heute weiß man, dass diese Personen direkt in die Euthanasie-Mordzentren gebracht wurden und dort ihren Tod fanden, jedoch wurde niemals ein Zielort auf den Papieren genannt. In den Akten ist lediglich der Vermerk „in eine Sammelanstalt verlegt“ zu finden¹⁶³.

Aus der Anstalt Wunstorf wurden Ende September 1940 über 150 jüdische Patientinnen und Patienten der Gekrat übergeben und von dieser deportiert. Das Ziel war nicht bekannt, jedoch erhielten Angehörige Trostbriefe aus der Anstalt Chelm bei Lublin¹⁶⁴. Es ist bekannt, dass diese „Trostbriefe“ in der Berliner Zentralstelle gefälscht wurden und per Kurier nach Lublin gebracht wurden. Von dort aus wurden die Trostbriefe sowie Pflegekosten an die Angehörigen der Kranken verschickt¹⁶⁵. Dieses ganze Unternehmen „Chelm / Cholm“ war eine reine Erfindung, die nur auf dem Papier existierte. Es ist nicht möglich jeden einzelnen Sammeltransport jüdischer

¹⁵⁹ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 270

¹⁶⁰ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 215f.

¹⁶¹ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 432

¹⁶² Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 270

¹⁶³ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 435

¹⁶⁴ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 216; vgl. Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 438: Friedlander spricht von Trostbriefen mit dem Briefkopf „Irrenanstalt Chelm, Post Lublin“. Er gibt an, dass der Name manchmal auch „Cholm“ lautete, die Papiere waren ansonsten identisch.

¹⁶⁵ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 216

Patientinnen und Patienten zurückzuverfolgen, doch gibt es Beweise für die direkte Verlegung in die Euthanasie-Tötungsanstalten¹⁶⁶. Einer dieser Beweise ist der Augenzeugenbericht von Herbert Kalisch, ein T4-Elektriker, der einen dieser Transporte 1940 begleitete¹⁶⁷.

Die Zahl der kranken Juden und Jüdinnen, die während dieser Sonderaktion ermordet wurden, beträgt wahrscheinlich über 1.000 Personen¹⁶⁸. Somit lässt sich unschwer die wichtige Verbindung zwischen der Behinderten-Euthanasie und der Endlösung der Judenfrage im Dritten Reich erkennen.

3.2. Die „Sonderbehandlung 14f13“

Bei der „Sonderbehandlung 14f13“ handelte es sich um die Ermordung weltanschaulich unerwünschter Menschen, mit der die T4 beauftragt wurde. Das Kürzel „14“ stand für Todesfälle in den Konzentrationslagern und die „13“ gab die Todesart an, in diesem Fall Vergasung. Das Wort „Sonderbehandlung“ war das Tarnwort der Gestapo für Exekution¹⁶⁹. Somit wird „14f13“ als Verbindung zwischen Euthanasie und Konzentrationslagern angesehen¹⁷⁰. Ein weiterer Name für die „Sonderbehandlung 14f13“ war auch „Invaliden-Aktion“, womit man versuchte von minderjährigen Opfern dieser Aktion abzulenken¹⁷¹.

1941 bat Himmler Dr. Bouhler, ihm Ärzte für Untersuchungen „Schwerstkranker“ in den Konzentrationslagern zur Verfügung zu stellen. Daraufhin konnte Brack alles Nötige für die Mordaktion in die Wege leiten und koordinieren¹⁷². Arthur Liebehenschel versandte am 10. Dezember 1941 bzw. am 10. Januar 1942 zwei Briefe, welche die Konzentrationslager Dachau, Sachsenhausen, Auschwitz, Flossenbürg, Groß-Rosen, Buchenwald, Mauthausen, Neuengamme und

¹⁶⁶ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 439

¹⁶⁷ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 440

¹⁶⁸ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 216; vgl. Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 430: Friedlander geht von ungefähr 4. – 5.000 jüdischen Euthanasieopfern aus.

¹⁶⁹ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 280f.

¹⁷⁰ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 217

¹⁷¹ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 293

¹⁷² Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 238

Niedernhagen auf die bevorstehenden Untersuchungen vorbereitete¹⁷³. T4-Ärzte wie Hebold, Lonauer, Mennecke, Ratka oder Schumann reisten ab Frühling 1941 durch die verschiedenen Konzentrationslager, um die Begutachtungen durchzuführen¹⁷⁴.

Vor allem zwei dieser Ärzte, Lonauer und Schumann, wussten genauestens über den Zweck dieser „Sonderbehandlung“ bescheid. Beide waren Leiter von Tötungsanstalten und deswegen von der Ankunft der Opfer bis hin zu ihrer Einäscherung anwesend. Als T4 im August 1941 eingestellt wurde, wurden ihnen daraufhin ausnahmslos KZ-Häftlinge gebracht, die in den Mordzentren schließlich vergast wurden¹⁷⁵.

Noch vor dem offiziellen Euthanasie-Stopp im August 1941, fand am 21. Juli 1941 eine erste Selektion im Konzentrationslager Auschwitz statt. Dabei wurden über 570 Häftlinge nach Sonnenstein deportiert und dort umgehend vergast¹⁷⁶. Bereits kurze Zeit später, am 03. September 1941, wurde im Stammlager Auschwitz I die erste Gaskammer für „Probevergasungen“ in Betrieb genommen¹⁷⁷.

Schon vor Eintreffen der Ärzte wurden alle arbeitsunfähigen Häftlinge von der SS aussortiert. Es ist wichtig hinzuzufügen, dass bei diesen ärztlichen Begutachtungen niemals eine körperliche Untersuchung stattfand. Die T4-Ärzte füllten lediglich die Meldebögen aus, welche sie mit einem Tötungsvorschlag versahen¹⁷⁸. Diese Meldebögen wurden an die Zentrale der T4 in Berlin zurückgesandt, die sie wiederum an die Gekrat weiterleiteten. Diese stellten schließlich die Verlegungslisten zusammen, welche anschließend an die jeweiligen Tötungsanstalten Hartheim, Bernburg und Sonnenstein geschickt wurden. Die Tötungsanstalten setzten sich daraufhin mit den KZ-Verwaltungen in Verbindung, um alles Nötige für die Verlegung zu regeln¹⁷⁹. Der offizielle Todesort der Häftlinge, die Opfer der „Sonderaktion 14f13“ wurden, war aber immer das Konzentrationslager, aus welchem sie in die Tötungsanstalten deportiert wurden¹⁸⁰.

¹⁷³ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 217

¹⁷⁴ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 281

¹⁷⁵ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 246

¹⁷⁶ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 281f.

¹⁷⁷ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 282

¹⁷⁸ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 217

¹⁷⁹ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 217

¹⁸⁰ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 288

Wie bereits erwähnt handelte es sich bei diesen Begutachtungen nicht um körperliche Untersuchungen. So finden sich in den Akten in der Spalte Diagnosen Vermerke wie „deutschfeindliche Gesinnung“ und „asozialer Psychopath“. In der Spalte Symptome wurde beispielsweise „eingefleischter Kommunist“ oder auch „fortgesetzte Rassenschande“ vermerkt¹⁸¹. So wurden hauptsächlich Polen, Arbeitsunfähige, Berufsverbrecher, Wehrunwürdige aber primär Juden und Jüdinnen selektiert¹⁸². Das Hauptselektionskriterium stellte die Arbeitsfähigkeit der Häftlinge dar, dennoch kam es, wie es in Konzentrationslagern nun mal üblich war, immer wieder zu willkürlichen Selektionen von SS-Ärzten¹⁸³. Die Zusammenarbeit der SS-Lagerärzte mit den T4-Ärzten funktionierte überaus gut, da zwischen ihnen vor allem ideologisch Konsens bestand¹⁸⁴.

Ende März 1942 erging ein Rundschreiben des Reichführers-SS Himmler, dass von nun an nur noch arbeitsunfähige Häftlinge zu ermorden seien. Wiederum einen Monat später wurde die Ermordung der Häftlinge auf Geisteskranke beschränkt¹⁸⁵.

Nach dem Euthanasie-Stopp im August 1941 waren nur noch vier Tötungsanstalten in Betrieb: Hadamar, Hartheim, Sonnenstein und Bernburg. Allerdings wurden nur in Bernburg, Hartheim und Sonnenstein Lagerhäftlinge ermordet. Hartheim war dabei am längsten in Betrieb¹⁸⁶. Im April 1944 brachte man die völlig entkräfteten Lagerinsassen des Konzentrationslagers Mauthausen nach Hartheim, um sie dort ins Gas zu schicken. Es ist wichtig hinzuzufügen, dass es bei dieser Personengruppe zuvor nie zu einer Begutachtung gekommen war. Aufgrund dieser zweiten Phase der „Sonderbehandlung 14f13“, in der das KZ-Personal die Selektion durchführte, wurde die Gaskammer in Hartheim solange wie möglich in Betrieb gelassen. Diese wurde schließlich erst im Dezember 1941 demontiert¹⁸⁷. Die Gaskammer in Mauthausen blieb jedoch in Betrieb, damit noch so viele Häftlinge wie möglich vergast werden konnten. Die Demontage dieser Gaskammer begann erst am 29. April 1945¹⁸⁸.

¹⁸¹ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 218

¹⁸² *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 285

¹⁸³ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 240

¹⁸⁴ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 243

¹⁸⁵ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 218

¹⁸⁶ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 246

¹⁸⁷ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 219

¹⁸⁸ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 295

Abschließend ist zu betonen, dass die „Sonderbehandlung 14f13“ die Aktion T4 um zwei bis drei Jahre überdauerte¹⁸⁹. Schätzungen zu Folge fielen dieser Sonderbehandlung ungefähr 20.000 Menschen zum Opfer¹⁹⁰.

3.3. Die „wilde Euthanasie“

Wie bereits erwähnt fand der Massenmord an Behinderten nach dem Abbruch der „Aktion T4“ kein Ende. Genauso wenig wurde die Zentralstelle der T4 nach dem Euthanasie-Stopp aufgelöst, sondern sämtliche Stellen arbeiteten unter den bekannten Tarnnamen weiter¹⁹¹. Ende November 1941 hielt man eine Tagung in Sonnenstein ab, bei welcher man den Tötungsärzten mitteilte, dass der Abbruch der Aktion T4 keinesfalls das Ende der Euthanasie bedeutete. Allerdings sollten die Krankentötungen von nun an von zuverlässigen Ärzten und ihrem Pflegepersonal mittels Medikamentenüberdosierungen durchgeführt werden¹⁹². Nicht inbegriffen in den Euthanasie-Stopp war die Kindereuthanasie, die ohne Veränderungen weitergeführt wurde. Nach dem Stopp der Euthanasie durch Hitler kamen sogar noch mehr Menschen ums Leben, als zuvor¹⁹³.

Eine der wenigen großen Veränderungen nach dem Euthanasie-Stopp bleibt der ungeklärte Rücktritt des bisherigen medizinischen Leiters der T4 Prof. Werner Heyde im November 1941. Auf seinen Posten folgte ihm Prof. Paul Hermann Nitsche, sein Stellvertreter¹⁹⁴.

Viel hatte sich nicht geändert. Patientinnen und Patienten wurden weiterhin von den Anstalten gemeldet und die T4-Gutachter waren weiterhin mit der Bearbeitung der Meldebogen beauftragt¹⁹⁵. Eine der wenigen Veränderungen war, dass die Ärzte in

¹⁸⁹ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 217

¹⁹⁰ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 219

¹⁹¹ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 386

¹⁹² *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 220

¹⁹³ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 249

¹⁹⁴ Heinz *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. (Freiburg im Breisgau 1998), 290

¹⁹⁵ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 221

den verschiedenen Anstalten nun die Befugnis hatten, ausgewählte Patientinnen und Patienten zu töten¹⁹⁶.

Die wichtigste Änderung war die Änderung der Mordvarianten¹⁹⁷. Eine beliebte Variante bei Anstaltsärzten war die Krankentötung durch Verhungern lassen. Bereits vor Kriegsbeginn sowie dem Beginn der „Aktion T4“ stiegen die Sterberaten in den Anstalten deutlich an, da durch entsprechende Kürzungen eine ausreichende Ernährung der Patientinnen und Patienten kaum noch möglich war¹⁹⁸. Allerdings war diese Art und Weise den Tod der Kranken herbeizuführen, bei den Führern der T4 nicht unbedingt gerne gesehen und wurde, sofern man sie nicht mit Überdosierungen von Medikamenten verband, sogar abgelehnt¹⁹⁹.

Die ärztlichen Leiter der Zentraldienststelle der T4 waren der Meinung, man solle die ausgehungerten und durch schlechte Unterbringung geschwächten Kranken durch überdosierte Medikamentenverabreichung töten²⁰⁰.

Schon Anfang 1940 hatten Dr. Renno und Hermann Nitsche das sogenannte „Luminal-Schema“ ausgearbeitet. Dem zu Folge sollte man den Patientinnen und Patienten dreimal täglich 0,3g Luminal verabreichen. Eigentlich war das keine hohe Dosis, dennoch war diese Menge für die ohnehin schon geschwächten Kranken das Todesurteil²⁰¹. Nitsche und Renno waren davon überzeugt, dass so ein unauffälliger Tod herbeigeführt werden konnte²⁰². Das Medikament wurde größtenteils unter das Essen und Trinken der Patientinnen und Patienten gemischt. Einige Male wurden ihnen auch Luft oder Morphinum-Skopolamin gespritzt. Es dauerte meistens einige Tage bis die Kranken verstarben, was für diese einen sehr qualvollen Tod bedeutete. Diese Medikamente riefen nämlich Nebenwirkungen wie die Lähmung der Nerven- und Atemzentren hervor. Dabei kam es oft zu Krämpfen und Lungenentzündungen. Bei Morphinum beispielsweise trat der Tod infolge einer Lähmung des Atemzentrum ein, was die Ursache für beschriebene Erstickungssymptome ist²⁰³. Allerdings konnte eine möglichst natürliche Todesursache nur durch die Verabreichung dieser

¹⁹⁶ Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid, 251

¹⁹⁷ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 394f.

¹⁹⁸ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 221

¹⁹⁹ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 222

²⁰⁰ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 223

²⁰¹ Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 223

²⁰² Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 395

²⁰³ Klee, Euthanasie im Dritten Reich, 397

Medikamente gewährleistet werden²⁰⁴. Diese Variante machte es den Ärzten auch möglich, die Todestage der Opfer über Wochen und Monate hin zu verstreuen, was für die Verschleierung der Euthanasie äußerst wichtig war²⁰⁵. Dennoch gingen die Leiter der T4 trotz der geänderten Mordarten davon aus, dass früher oder später die Vergasung wieder aufgenommen werde²⁰⁶.

Hadamar ist ein sehr gutes Beispiel für die Phase der „wilden Euthanasie“. In dieser Zeit starben hier Tausende Patientinnen und Patienten aufgrund von Überdosierungen²⁰⁷. So war Hadamar die einzige Anstalt, die in der ersten Phase durch Vergasung als Mordzentrum gedient hatte und schließlich während der zweiten Phase zu einer Mordanstalt der „wilden Euthanasie“ wurde²⁰⁸.

Diese Phase der sogenannten „wilden Euthanasie“ war nicht zentral gesteuert und wurde von Anstalt zu Anstalt unterschiedlich durchgeführt. In dieser Periode oblag allein den Ärzten und dem Pflegepersonal der Anstalten die Entscheidung über Leben oder Tod. Trotzdem arbeitete die Zentralstelle in Berlin am Aufbau einer zentralen Kartei, in welcher sämtliche Patientinnen und Patienten der einzelnen Heil- und Pflegeanstalten aufgenommen werden sollten²⁰⁹. Ungeachtet dessen, wurde im großen und ganzen die „wilde Euthanasie“ von der Zentrale in der Tiergartenstraße 4 veranlasst, koordiniert sowie überprüft²¹⁰.

Am 12. November 1942 wurde ein Erlass herausgegeben, der die Meldepflicht der Anstalten verschärfte. Dieser besagte, dass alle bisher noch nicht registrierten Patientinnen und Patienten zu erfassen waren. Ebenfalls sollten die Anstalten die Zentrale halbjährlich von Neueinweisungen in Kenntnis setzen. Dieser Erlass wurde wenige Wochen später, am 19. Dezember 1942 nochmals verschärft²¹¹. Diese Erfassung wurde bis zum August 1944 betrieben²¹². Außerdem dehnte die

²⁰⁴ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 223

²⁰⁵ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 253

²⁰⁶ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 456

²⁰⁷ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 251

²⁰⁸ *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid, 264

²⁰⁹ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 223

²¹⁰ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 224

²¹¹ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 224

²¹² *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 225

Zentraldienststelle die Erfassung Kranker auch auf die Insassen von Altersheimen, Fürsorgeheimen und Arbeitshäusern aus²¹³.

Obwohl das Ende des Krieges nahte, aus dem Deutschland eindeutig als Verlierer hervorgehen würde, ging das Töten in den Anstalten weiter. Diese Tatsachen beweisen erhaltene Lieferscheine des Kriminaltechnischen Instituts sowie dokumentierten Bestellungen der Mordanstalten²¹⁴.

Selbst 1945 wurden in den Anstalten noch immer Patientinnen und Patienten ermordet. Beispielsweise besorgte der SS-Funktionär Albert Widman noch Mitte März 1945 die letzte Giftlieferung für die Anstalt Beese, obwohl am selben Tag die Anstalt Klingenmünster von der US-Army befreit wurde²¹⁵. Auch Dr. Lonauer aus Hartheim bestellt am 16. April noch einmal 500 Luminaltabletten, um den Massenmord am Laufen zu halten²¹⁶. In der Anstalt Großschweidnitz wurde sogar noch bis zum 03. Mai 1945 gemordet²¹⁷.

Von Ende April bis Anfang Mai 1945 begingen die nationalsozialistischen Führungsköpfe und Hauptverantwortliche der unzähligen Kriegsverbrechen Suizid. Allen voran Hitler am 30. April 1945, gefolgt von Göbbels am 01. Mai 1945²¹⁸. Das Dritte Reich endete mit der Besatzung des Reichsgebietes durch die Alliierten.

²¹³ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 225f.

²¹⁴ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 477

²¹⁵ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 480

²¹⁶ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 482

²¹⁷ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 484

²¹⁸ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 483f.

3.4. Die „Aktion Brandt“

Karl Brandt wurde 1904 in Mühlhausen bei Basel geboren. 1919 zog er nach Thüringen und begann Medizin zu studieren. Dieses Studium schloss er 1928 ab. 1932 lernte er durch seine Verlobte und spätere Frau Hitler kennen. Bereits 1934 war er zu dessen Begleitarzt aufgestiegen²¹⁹.

Brandt war maßgeblich an den Euthanasie-Aktionen der Nationalsozialisten beteiligt. Zunächst wurde er, wie bereits erwähnt, von Hitler dazu beauftragt mit seinem Kollegen Bouhler die „Aktion T4“ zu planen. Nach dem Euthanasie-Stopp 1941 findet man seinen Namen immer wieder im Zusammenhang mit Anstaltsräumungen. Schließlich übernahm er die Verantwortung für die medikamentöse Ermordung von Anstaltspatientinnen und -patienten und zielte auf eine „unauffällige Ausdehnung“ dieser ab²²⁰.

Bei der „Aktion Brandt“ handelte es sich um die Räumung verschiedener Heil- und Pflegeanstalten, um Platz für Lazarette und Ausweichkrankenhäuser zu schaffen. Die erste Phase dieser Aktion stellt sich auch den Räumungen erster Anstalten sowie dem Bau von sogenannten „Zusatzkrankenhäusern“ zusammen. Diese Räumungen fanden unmittelbar nach Beendigung der „Aktion T4“ statt und wurden jeweils mit dem „Führerbefehl“ gerechtfertigt²²¹. Auch wenn es bei dieser Aktion zunächst primär um die Schaffung von Bettplätzen ging, ähnelte das Schicksal der deportierten Patientinnen und Patienten zunehmend jenem der Zurückgebliebenen – die Sterberaten stiegen deutlich an²²².

Einer der wichtigsten Bestandteile dieser Aktion war die Errichtung von Ausweichkrankenhäusern in Barackenbauweise. Diese sollten weit abgelegen von Städten liegen, die stark von Luftangriffen gefährdet waren²²³. Gemeinsam mit Albert Speer stellte Brandt in einem Schnellbrief vom 08. Oktober 1942 fest, dass die Durchführung dieses Planes nur in mehreren Etappen möglich sei. In dieser sollten für die Städte Hannover, Dortmund, Düsseldorf, Wilhelmshaven, Essen, Frankfurt am

²¹⁹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 587f.

²²⁰ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 589

²²¹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 592

²²² *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 592

²²³ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 593

Main, München, Potsdam, Bitterfeld und Linz Sonderanlagen mit einer Kapazität von je 500 Betten entstehen. Außerdem sollte in Berlin eine Sonderanlage mit 1000 Betten gebaut werden²²⁴. Im Sommer 1943 wurde mit den Vorbereitungen für die zweite Etappe begonnen. Diese beinhaltete den Bau von Krankenhäusern für alle großen Städte des Reiches, die insgesamt Platz für 82.000 Betten schaffen sollten²²⁵.

Beide Etappen wurden aber nur teilweise umgesetzt. Die Gründe dafür waren laut Speer zum einen der Wiederaufbau der Hydrierwerke, welche durch die alliierten Luftangriffe zerstört wurden. Zum anderen waren die geplanten Bauten viel zu teuer sowie zu material- und zeitintensiv²²⁶.

Der Zweck dieser Krankenhäuser war die Aufnahme von Patientinnen und Patienten der III Verpflegungsklasse, also Personen, die an Herzkrankheiten, Diabetes, Stoffwechselerkrankungen, Rheuma, Lungenkrankheiten oder Scharlach litten. Es sollten Allgemeine Innere Abteilungen, Lungenabteilungen, Infektionsabteilungen sowie Chirurgisch-gynäkologische Abteilungen in diesen Sonderanstalten entstehen²²⁷. Außerdem gab Brandt an, dass diese Krankenhäuser auch zur Genesung von Kindern und für werdende Mütter gedacht waren²²⁸.

Jedoch wurden mindestens zwei der realisierten Sonderanlagen im Laufe der Zeit zu Tötungszentren umfunktioniert²²⁹. Der „Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt in Köpfern im Taunus“ wurde 1944 der Auftrag erteilt, die Ermordung bestimmter Patientinnen und Patienten durchzuführen²³⁰. Unter den Opfern dieser Anstalt befanden sich vorüberwiegend russische Zwangsarbeiterinnen und -arbeiter, evakuierte Personen aus Aachen und Tuberkulosekranke. Diese wurden mit Morphin in Kombination mit der Injektion von Pernocton, Scopolamin, Novalgin oder Luft ermordet²³¹. 1944 nahm man die „Sonderanlage Brandt Huntlosen“ in Betrieb. Und auch hier kam es zu immer mehr Todesopfern. Die Gemeinsamkeit der beiden Sonderanlagen ist, dass in beiden ab 1944 vermehrt Patientinnen und Patienten ums Leben kam, die davor aufgrund längerer Krankenaufenthalten in die

²²⁴ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 594

²²⁵ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 594

²²⁶ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 595

²²⁷ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 596

²²⁸ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 597

²²⁹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 597

²³⁰ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 597

²³¹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 598

Sonderanstalten verlegt wurden. Es gibt Hinweise, dass in diesen nochmals eine Selektion durchgeführt wurde. Außerdem liegt die Vermutung nahe, dass in beiden Anstalten sehr viel seziert wurde, was die Insassen zu Opfern medizinischer Experimente machen würde²³².

Im Verlauf der Kriegshandlungen und vor allem aufgrund der verheerenden Luftangriffe der Alliierten setzte eine zunehmende Bettennot ein. Deshalb sollten die verbliebenen Arbeitskräfte im Falle einer Verletzung so schnell wie möglich wieder gesund werden. Darum begann man schließlich mit der Deportation von chronisch Kranken in Siechenheime²³³. Viele dieser Patientinnen und Patienten wurden schon nach kurzer Zeit als psychisch Kranke umdiagnostiziert. Da oftmals unbekannt ist, was in weiterer Folge mit ihnen passierte, legt die „Umdiagnose“ die Vermutung nahe, dass diese Personen ebenfalls ermordet wurden²³⁴. Die weiträumigen Verlegungen der Anstaltsinsassen ermöglichte es, Maßnahmen zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ im Verborgenen wieder aufzunehmen²³⁵.

Um der Bettennot gerecht zu werden war es notwendig, Heil- und Pflegeanstalten oder zumindest Teile von ihnen, in Lazarette umzufunktionieren²³⁶. Langandauernde Aufenthalte wurden nur von Reservelazaretten durchgeführt²³⁷. In der letzten Phase des Krieges in den Jahren 1944/45 wurden die Krankbetten zunehmend für die verletzten Soldaten der Wehrmacht gebraucht. Dies könnte eine Erklärung für Brandts Aufforderung zur Ausweitung der medikamentösen Ermordung von Anstaltspatientinnen und -patienten sein²³⁸.

Im Juni 1943 ordnete Brandt die Räumung der westfälischen und rheinischen Anstalten an. Dabei sollten 23.000 geisteskranken Menschen in andere Anstalten deportiert werden. Mit der Durchführung wurden die jeweiligen Heil- und Pflegeanstalten beauftragt²³⁹. Das Ziel der Verlegungen aus dem Rheinland waren die Anstalten Kulparkow bei Lemberg und Tworki bei Warschau²⁴⁰. Weitere 1.000

²³² *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 598f.

²³³ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 600

²³⁴ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 601

²³⁵ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 231

²³⁶ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 603

²³⁷ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 604

²³⁸ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 608

²³⁹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 621

²⁴⁰ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 234

Menschen wurden nach einer Angriffswelle auf Hamburg verlegt. Die letzte Deportation von Geisteskranken im Rahmen der Aktion Brandt begann im September 1943 in Brandenburg²⁴¹. Die Transporte dieser Patienten endeten in Mainkofen, Kalmenhof, Eichberg, Wien und Hadamar²⁴². Es scheint so, dass man bereits Anfang 1943 versuchte die Pläne zur Wiederaufnahme der Euthanasie erneut in die Tat umzusetzen²⁴³. Dies zeigt, dass Brandt nicht nur die Verlegungen anordnete und durchführte. Vielmehr war er mittlerweile zur höchsten Instanz geworden²⁴⁴.

Für die Auswahl der zu deportierenden Personen gab es zentrale Vorgaben: im Rheinland bedeutete dies die Verlegung sämtlicher chronisch Erkrankten und Arbeitsunfähigen²⁴⁵. In Westfalen sollte man alle Insassen in Kategorien einteilen – „ständig pflegebedürftige, insbesondere bettlägerige, sieche, alterschwache und ähnliche Kranke“ und „aus sonstigen Gründen ständig arbeitsunfähige Kranke“. Hier sollten zunächst alle pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten verlegt werden²⁴⁶. In Brandenburg hieß es in einem Protokoll vom 13. August 1943, dass bei der Auswahl der zurückbleibenden Kranken ein strenger Maßstab bezüglich derer Arbeitsleistung zu setzen sei²⁴⁷. Zunehmend wurden auch die Bewohner von Altenheimen in diese Deportationen miteinbezogen, was das Beispiel der Anstalt in Ahrensburg zeigt²⁴⁸.

Aufgrund dieser Transporte waren die Aufnahmeanstalten schnell überfüllt, was wahrscheinlich schon Mitte 1943 der Fall gewesen sein muss²⁴⁹. Aus diesem Grund suchte Paul Nitsche eine andere Lösung für das Problem und suchte schließlich Brandt auf, um ihm die Euthanasie dieser Patientinnen und Patienten vorzuschlagen. Erst Anfang Juli 1943 gab Brandt Nitsche die Zustimmung im Sinne seines Vorschlages zu handeln. Die Lösung Nitsches war wohl die Herbeiführung des Todes der Kranken nach dem von ihm entwickelten Luminal-Schema²⁵⁰. Allem Anschein

²⁴¹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 622f.

²⁴² *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 235

²⁴³ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 232

²⁴⁴ *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich, 436

²⁴⁵ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 625

²⁴⁶ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 625f.

²⁴⁷ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 626

²⁴⁸ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 235

²⁴⁹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 627

²⁵⁰ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 629

nach wurden die Kranken zunächst weiterhin mit Luminal-Tabletten ermordet. Wenn der Tod nicht schnell genug eintraf, wurde mit Evipan-Injektionen nachgeholfen²⁵¹. Kurz nach der Zustimmung Brandts wurden ausgewählte Psychiater von Nitsche eingeladen, die er im Sinne der „E.-Auftrages von Professor Br.“ über die erneute Euthanasie-Aktion einweisen wollte²⁵². Schließlich fand vom 03.-05. Juli 1944 eine Tagung in Wien statt, bei der man eine erneute Expansion der Euthanasie anberaumte. Diese wurde von Brandt persönlich abgesegnet²⁵³.

²⁵¹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 630

²⁵² *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 232

²⁵³ *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, 233

4. LEBENSUNWERTES LEBEN IN VORARLBERG UND TIROL

4.1. Die Valduna Rankweil während des Nationalsozialismus

Mit dem Anschluss Österreichs an Nazi-Deutschland 1938 kam auch die Integration des Sozial- und Gesundheitssystems in jenes des Deutschen Reiches. Sämtliche dort bereits ausgeführte Ausgrenzungs- und Vernichtungsmaßnahmen traten nun auch in Österreich in Kraft. In Österreich wurde ab diesem Zeitpunkt Krankheit ebenfalls als eine Schwäche angesehen²⁵⁴. Bereits 1939 wurden die ersten Alkoholiker und Kleinkriminellen deportiert²⁵⁵.

Ab dem 14. April 1939 trat das Ostmarkgesetz in Kraft, was bedeutete, dass die bürokratische Zuständigkeit nun in die Hände der Tiroler Gauverwaltung gelegt wurde. Somit wurde die Meinung des kommissarischen Leiters der Landessanitätsdirektion Tirol, Dr. Hans Czermak, ausschlaggebend für das Gesundheits- und Fürsorgewesen des Gaues²⁵⁶.

Auf die Valduna Rankweil kamen nach dem Anschluss Österreichs an das nationalsozialistische Deutschland viele Veränderungen zu. Vor allem für die Wohltätigkeitsanstalt Valduna änderte sich einiges. Bereits im März 1938 bekam sie einen kommissarischen Verwalter, der die Buchhaltung und Wirtschaftlichkeit der Anstalt überprüfte. Jedoch wurden sämtliche bereits begonnenen und auch geplanten Umbauarbeiten auf Eis gelegt. Weiters wurde der Zusammenschluss der Wohlständigkeitsanstalt mit der Landesirrenanstalt geplant, was von den Stiftungsmitgliedern einstimmig abgewiesen wurde²⁵⁷. Schließlich wurde die Stiftung am 25. Juli 1938 aufgelöst. Johann Müller, der trotzdem noch die Geschäfte weiterführte, musste diese aber, aufgrund der Sperrung der Konten von Seiten der Landesregierung, einstellen. Anfang September erhielt er seine Kündigung²⁵⁸.

Auch personelle Veränderungen folgten. Dr. Josef Vonbun, Facharzt für Psychiatrie, wurde am 1. Dezember 1938 zum Direktor der nun vereinigten Anstalt ernannt.

²⁵⁴ Gernot *Egger*, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten. Arme und „Irre“ in Vorarlberg*, Studien zur Geschichte und Gesellschaft Vorarlbergs 7 (Bregenz 1990), 186

²⁵⁵ *Egger*, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 187

²⁵⁶ *Egger*, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 188

²⁵⁷ *Egger*, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 191

²⁵⁸ Norbert *Schnetzer* und Hans *Sperandio* (Hg.), *600 Jahre Valduna. Der lange Weg – vom Klarissinnenkloster zum Landeskrankenhaus*, Reihe Rankweil Bd. 8 (Rankweil 1999), 87ff.

Weiters wurde auch im Bereich der Verwaltung und Pflege das Personal ausgewechselt. Vor allem die Stellen in der Pflege wurden mit politisch zuverlässigen Personen besetzt²⁵⁹. Dieser Personalwechsel hatte die Misshandlung von Patienten zur Folge. Es kam vermehrt zu Übergriffen auf Patientinnen und Patienten. Vonbun zeigte 1939 einen dieser Fälle sogar bei der Staatsanwaltschaft Feldkirch an. An solchen Übergriffen starben offiziell drei Personen. Ob es noch weitere Übergriffe dieser Art gab ist nicht bekannt. Jedenfalls teilte einer dieser Pfleger mit, dass er schon für Platz sorgen werde²⁶⁰. 1941 wurden dann sexuelle Übergriffe auf Patientinnen bekannt, die von nach 1938 eingetretenen Pflegern verübt wurden. Diese wurden 1943 vom Landgericht Feldkirch zu Haftstrafen verurteilt. Es ist noch ein weiterer Fall bekannt, bei dem ein Strafverfahren eingeleitet wurde. Jedoch ist nicht bekannt inwieweit Dr. Vonbun diese Übergriffe deckte oder ob er zunehmend die Kontrolle über das Personal verlor²⁶¹. Es ist also nicht zu übersehen, dass die Situation in der Valduna Rankweil untragbar geworden war²⁶².

Schließlich folgte auch noch die Umbenennung der Anstalt in „Landes-Heil- und Pflegeanstalt Valduna“. Diese wurde hauptsächlich vom Anstaltsleiter Dr. Vonbun vorangetrieben²⁶³.

Auch die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Valduna war von der Aktion T4 betroffen. Genauso wie in den anderen Teilen des Dritten Reiches wurden die Bewohnerinnen und Bewohner der Heil-und Pflegeanstalt über Meldebögen erfasst, die zuerst an das Innenministerium gingen und von dort per Sonderkurier in die Tiergartenstraße 4 gelangten. In der Valduna Rankweil bildeten diese Meldebögen, genauso wie in anderen Anstalten des Dritten Reiches, die Grundlage für die folgenden Deportationen²⁶⁴. Noch vor den ersten Deportationen begann die Räumung der Anstalt, in dem in einem ersten Schritt die ausländischen Patientinnen und Patienten entlassen wurden²⁶⁵. Dennoch verblieb ein Teil der ausländischen Patientinnen und Patienten in der Valduna, was sich bei der Bearbeitung der Verwaltungsakten aus dem Historischen Archiv des Landeskrankenhauses Hall in Tirol feststellen ließ. So

²⁵⁹ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 192f.

²⁶⁰ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 194

²⁶¹ Schnetzer / Sperandio, *600 Jahre Valduna*, 93

²⁶² Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 195

²⁶³ Schnetzer / Sperandio, *600 Jahre Valduna*, 91

²⁶⁴ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 196

²⁶⁵ Schnetzer / Sperandio, *600 Jahre Valduna*, 99

wurden insgesamt 12 Personen nicht-deutscher Staatsbürgerschaft von der Valduna Rankweil nach Hall überstellt²⁶⁶.

1940 begannen die ersten Deportationen von Patientinnen und Patienten. Das Tempo hing allem Anschein nach von der Kapazität der Vergasungsanstalt Hartheim ab²⁶⁷. Eigentlich hatte man den Plan, nach der Auflösung der Heil- und Pflegeanstalt, die Valduna in eine Tuberkulosestation umzuwandeln, jedoch wurde die Anstalt schlussendlich von der Wehrmacht als Lazarett beschlagnahmt. So kam es zur fast vollständigen Auflösung der Valduna Rankweil²⁶⁸.

In der Folge wurden einige Deportationen von Patientinnen und Patienten aus der Heil- und Pflegeanstalt durchgeführt. Am 10. Februar 1941 erfolgte der erste Transport. Dabei wurden 132 Patientinnen und Patienten per Zug direkt in die Zwischenanstalt Niedernhart bei Linz gebracht. Mitte März folgten diesen weitere 88 Personen. Schon kurz nach ihrer Ankunft in Niedernhart wurden, mit Ausnahme einer Person, alle Deportierten in Hartheim vergast²⁶⁹. Die Diagnosen auf den Transportlisten dieser Opfer lauteten auf progressive Paralyse, Schizophrenie, angeborener Schwachsinn und Epilepsie²⁷⁰. Dieser zweite Transport nach Niedernhart rief in der Bevölkerung allerdings Kritik hervor, was die Intervention Dr. Ludwig Müllers bei der Gauleitung bewirkte²⁷¹. Es wird auch von Widerständen gegen die Deportationen von den Patientinnen und Patienten selbst berichtet. Das lässt darauf schließen, dass diese zumindest ahnen konnten, was mit ihnen passieren würde²⁷².

Nachdem in der Valduna Rankweil wieder Betten frei gemacht worden waren, wurden auf Vonbuns Veranlassung hin innerhalb von drei Wochen 104 Personen aus Vorarlberger Altersheimen in die Anstalt eingewiesen und später weiter deportiert²⁷³. Weiters begann Vonbun damit die Bewohnerinnen und Bewohner von Armen- und Versorgungshäusern zu untersuchen und diese in die Valduna einweisen zu lassen. Nicht geklärt ist, ob dies auf Anweisung von Dr. Czermak oder aus Eigeninitiative geschah²⁷⁴. Diese Selektionen sind aber deswegen so wichtig, da es sich bei diesen

²⁶⁶ Historisches Archiv Landeskrankenhaus Hall i. Tirol (Psychiatrie) Verwaltungsakten 2114/6, 2339/6, 2219/6, 2323/6, 2211/6, 2152/6, 2192/6, 3672/6, 2336/6, 2132/6, 2441/6, 2117/6

²⁶⁷ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 197

²⁶⁸ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 201

²⁶⁹ Schnetzer / Sperandio, *600 Jahre Valduna*, 99

²⁷⁰ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 203

²⁷¹ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 204

²⁷² Schnetzer / Sperandio, *600 Jahre Valduna*, 101

²⁷³ Schnetzer / Sperandio, *600 Jahre Valduna*, 102

²⁷⁴ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 205

nicht um als Geisteskrank bezeichnete Personen handelte. Diese Personen waren oft nur behindert, blind, taubstumm oder zurückgeblieben²⁷⁵. Nach Aussage einer Ordensschwester der Barmherzigen Schwestern in Zams brauchten Vonbun und seine Helfer nur eine Stunde für die Untersuchung von 40 Bewohnerinnen und Bewohnern²⁷⁶. Insgesamt wurden seit 1939 100 Personen aus Armen- und Versorgungshäusern in die Valduna Rankweil eingewiesen. Eine Chance der Anstalt zu entkommen lieferte lediglich die Arbeitsfähigkeit oder das Engagement einzelner Bürgermeister und Verwaltungsangestellter²⁷⁷. Am Ende dieser Deportationen blieben nur 68 Personen in der Valduna zurück²⁷⁸.

Es ist wahrscheinlich dass, wenn man alle Zahlen addiert, ungefähr 330 Patientinnen und Patienten der Valduna im Rahmen der Deportationen in die Zwischen- und Tötungsanstalten ums Leben gekommen sind. Vermutlich wurden 262 von diesen Personen vergast²⁷⁹. Ungefähr 300 Patientinnen und Patienten überlebten die Zeit der NS-Euthanasie, was hauptsächlich daran liegt, dass aus ungeklärten Gründen ein Zugriff auf diese nicht möglich war²⁸⁰.

Die Deportationen waren zwar noch nicht vollständig abgeschlossen, dennoch wurde die Anstalt am 22. April 1941 von der Wehrmacht übernommen. Einzig der Neubau, in dem die arbeitsfähigen „Irren“ untergebracht waren, kam nicht unter ihre Kontrolle. Somit wurde aus der Valduna Rankweil ein Reserve-Lazarett, das von Dr. Erich Hirsch geleitet wurde. Der landwirtschaftliche Betrieb, der von den arbeitsfähigen Patientinnen und Patienten der ehemaligen psychiatrischen Anstalt betrieben wurde, musste auch das Lazarett mit Lebensmitteln versorgen²⁸¹. Allem Anschein nach waren die Beziehungen zwischen dem Lazarett und der ehemaligen psychiatrischen Anstalt wohl sehr gespannt. Es gibt Berichte, über einen ausdrücklichen Befehl Vonbuns an das Pfelgepersonal das Gebäude zu verwüsten²⁸².

Zunächst wurden hauptsächlich Kriegsgefangene aus Frankreich und Serbien im Lazarett untergebracht. Im Frühling 1942 sollen sich bereits 250 Kriegsgefangene in

²⁷⁵ Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 103

²⁷⁶ Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 206

²⁷⁷ Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 208

²⁷⁸ Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 104

²⁷⁹ Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 222; Vgl. Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 105; Schnetzer und Sperandio sprechen von 263 vergasten Opfern aus der Valduna.

²⁸⁰ Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 222

²⁸¹ Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 230

²⁸² Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 112f.

der Valduna Rankweil befunden haben²⁸³. Später folgten dann viele lungenkranke deutsche Wehrmachtsoldaten. Außerdem wurde sowohl eine chirurgische als auch eine orthopädische Abteilung eröffnet²⁸⁴. Da die Kapazitäten des Lazaretts bald erschöpft waren, wurden auch noch Außenstellen im ehemaligen Kloster Viktorsberg und dem Antoniushaus in Feldkirch geschaffen²⁸⁵.

In den, von den Nationalsozialisten als kriegswichtig eingestuften, Illwerken in Silvretta und Rhätikon wurden überdurchschnittlich viele Zwangsarbeiter eingesetzt. Darunter befanden sich auch sehr viele Kriegsgefangene. Diese fielen unter den Zuständigkeitsbereich des Lazaretts²⁸⁶. Aufgrund der scheinbar überaus schlechten Versorgung, war die Sterblichkeit im Lazarett sehr hoch. Berichten zufolge wurden die verstorbenen Kriegsgefangenen „[...] ohne Sarg in einen Sack gehüllt, bei Nacht und Nebel [...] verlocht“²⁸⁷.

Das Kriegsende 1945 bedeutete für die Valduna erneut deutliche Einschnitte. Als am 03. Mai 1945 die französische Armee in Rankweil einzog, wurde die Valduna umgehend von dieser besetzt und unter französische Militärverwaltung gestellt. Die Anstalt diente noch bis Ende Juli 1945 als Militär-Reserve-Lazarett, denn es dauerte noch vier Wochen bis die letzten Kriegsgefangenen entlassen werden konnten²⁸⁸.

Während des Krieges waren nur 60 Patientinnen und Patienten der ehemaligen psychiatrischen Anstalt in der Valduna Rankweil verblieben. Die Nervenabteilung wurde mit 84 weiteren Patientinnen und Patienten, die nach Hall überstellt wurden und dort den Krieg überlebten, im September 1945 erweitert. Bereits Ende 1945 waren in der Anstalt abermals fast 200 Menschen in Behandlung²⁸⁹. Neben einer Lungenabteilung und der Nervenabteilung wurde mit der Invalidenabteilung noch eine Dritte geschaffen, die sich den verletzten und verkrüppelten Soldaten, die von der Front zurückgekehrt waren, annahm²⁹⁰.

²⁸³ Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 113

²⁸⁴ Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 231

²⁸⁵ Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 114

²⁸⁶ Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 232

²⁸⁷ Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 232

²⁸⁸ Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 115f.

²⁸⁹ Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 134

²⁹⁰ Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 134

4.1.1. Die Deportationen nach Hall

Insgesamt gab es drei Transporte in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol, welche am 8. März 1941, am 24. März 1941 und am 13. Mai 1941 stattfanden. Dabei wurden insgesamt 227 Personen in die Gauanstalt Hall überstellt²⁹¹. Egger zählt 43 Personen, die nach einem kurzen Aufenthalt in Hall nach Hartheim gebracht wurden und dort ins Gas geschickt wurden²⁹². Von diesen 227 Patientinnen und Patienten verstarben schließlich 64 „eines natürlichen Todes“ in Hall²⁹³. Die Todesursachen wie Pneumonie, die durch die Verabreichung von Schlafmitteln hervorgerufen werden kann, sowie das teilweise junge Alter der Verstorbenen lassen vermuten, dass beim Tod dieser Personen nachgeholfen wurde²⁹⁴. Weitere 33 Patientinnen und Patienten, wurden in Hall sterilisiert und anschließend aus der Anstalt entlassen²⁹⁵.

In einem späteren Kapitel werde ich versuchen zu erörtern, ob diese 64 Patientinnen und Patienten wirklich eines natürlichen Todes gestorben sind, oder ob es Hinweise gibt, ob Sie Opfer der nationalsozialistischen Euthanasie geworden sind.

4.2. Das Solbad Hall in Tirol während des Nationalsozialismus

Ende des Herbstes 1939 trafen auch in der Heil- und Pflegeanstalt Solbad Hall in Tirol die Arbeitsbögen der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten ein. Dr. Mennecke, ein Gutachter der Aktion T4, kam persönlich nach Hall, um sich vor Ort über die Richtigkeit der Angaben zu vergewissern. Dabei wurde er von sieben Medizinstudenten unterstützt, die mit ihm die Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten sichteten²⁹⁶. Nach seiner Arbeit in Hall schrieb Mennecke einen Brief an den Direktor der Anstalt Lohr/Main: „Den Abschluss unserer Arbeitsournee

²⁹¹ Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 101; vgl. Egger 204; er nennt sowohl den 27. März 1941 als Datum des zweiten Transportes. Aus den Akten geht jedoch eindeutig hervor, dass sich dieser bereits am 24. März 1941 ereignete.

²⁹² Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 205

²⁹³ Vgl. Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 219; Egger gibt an, dass laut zitierten Berichten 68 Patientinnen und Patienten eines natürlichen Todes in Hall verstorben sind. Im Historischen Archiv des LKH Hall i. T. gibt es allerdings nur Akten von 64 Personen.

²⁹⁴ Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 107

²⁹⁵ Schnetzer / Sperandio, 600 Jahre Valduna, 107

²⁹⁶ Hartman Hinterhuber, Ermordet und vergessen, 70

bildete Anfang September die Anstalt Hall in Tirol. Wir haben auf unserer Reise viel gesehen und erlebt und behalten schönste Erinnerungen an die einzelnen Stationen, von denen Lohr und Hall an erster Stelle stehen [...].“²⁹⁷

Bereits drei Monate später erschien Dr. Renno, ab 1940 dann ärztlicher Leiter in Schloss Hartheim, in der Anstalt und übergab Dr. Klebelsberg eine Liste mit Namen von Patientinnen und Patienten. Dr. Renno teilte mit, dass diese Personen in den nächsten Tagen verlegt werden würden²⁹⁸. Anscheinend kam es aber zu Protesten von Dr. Klebelsberg sowie Dr. Helmut Scharfetter, dem Vorstand der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Innsbruck, was sie veranlasste mit Dr. Czermak zu sprechen. So gelang es ihnen die Patientinnen und Patienten von der Liste zu streichen, bei denen eine Aussicht auf Heilung bestand²⁹⁹.

Da der Abtransport der Kranken auf sich warten ließ, schrieb Dr. Czermak nach Berlin und bat um die schnellstmögliche Deportation. Diese Bitte begründete er mit Bettennot in der Anstalt. So wurden am 10. Dezember 1940 die ersten 179 Patientinnen und Patienten in eine andere Anstalt verlegt. Die Verlegung wurde von Dr. Renno und dem ihn begleitenden Personal organisiert. Diese weigerten sich allerdings die Zielanstalt zu nennen³⁰⁰. Zwei weitere Transporte folgten am 20. März 1941 und am 29. Mai 1941. Dieses Mal teilte man Dr. Klebelsberg mit, dass das Ziel der Deportation des 29. Mai 1941 Niedernhart war³⁰¹. Am 31. August 1942, ein Jahr nach Beendigung der Aktion T4, veranlasste Dr. Czermak persönlich den Transport von 60 Patientinnen und Patienten. Dieser führte ebenfalls nach Niedernhart³⁰².

Die Bewegungen von Patientinnen und Patienten in den Jahren von 1940 bis 1945 waren ungeheuerlich groß. Zunächst wurden 1940 74 Patientinnen und Patienten der Gauanstalt Hall in Tirol in die Valduna Rankweil in Vorarlberg verlegt. Weiters wurden in den Jahren 1940 bis 1942 Patientinnen und Patienten aus dem Südtirol nach Süddeutschland überstellt. Mit der Schließung der Psychiatrie in der Valduna Rankweil wurden 1941 228 Kranke in drei Transporten (08. März, 24. März und 13. Mai) in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol überführt. Außerdem wurden zwischen dem 14. März 1941 und dem 07. Juni 1941 71 Personen aus Versorgungshäusern in Nassereith, Imst und Ried in die Anstalt nach Hall gebracht.

²⁹⁷ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 197

²⁹⁸ *Hinterhuber*, *Ermordet und vergessen*, 70f.

²⁹⁹ *Hinterhuber*, *Ermordet und vergessen*, 71

³⁰⁰ *Hinterhuber*, *Ermordet und vergessen*, 73

³⁰¹ *Hinterhuber*, *Ermordet und vergessen*, 73

³⁰² *Hinterhuber*, *Ermordet und vergessen*, 73

Die Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik Innsbruck überwies in den Jahren 1939 bis 1945 insgesamt über 200 Patientinnen und Patienten in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol³⁰³.

Im Jahr 1942 erschien Dr. Lonauer erneut in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol. Er wollte sich darüber vergewissern, ob „die Sache“ nicht auch vor Ort „gemacht“ werden könnte, da man so Transportkosten hätte sparen können. Außerdem betonte er mit eigenem Personal nach Hall zu kommen. Es gibt Belege dafür, dass man Dr. Lonauer zusicherte ein Krematorium in Hall zu bauen. Dr. Klebelsberg konnte ihn aber davon überzeugen, dass eine Geheimhaltung einer solchen Aktion in Hall unmöglich war³⁰⁴. Viele Angehörige, die ahnen konnten was in der Anstalt vor sich ging, beschwerten sich bei der Anstaltsleitung. Einige sogar bei der Parteiführung³⁰⁵.

Nach Zählungen wurden in Tirol insgesamt 468 Menschen Opfer der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik³⁰⁶. Hinzu kommen noch 300 bis 400 Patientinnen und Patienten, die in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol an den Folgen von Nahrungsmittelentzug, der wie es scheint von Dr. Czermak angeordnet wurde, gestorben sind³⁰⁷. Trotz dieser Angaben ist die Gesamtzahl der Euthanasieopfer in Tirol nicht vollständig erforscht³⁰⁸.

In den Jahren 1941 bis 1944 wurden fast 2400 Personen in Hall aufgenommen. Davon verstarben 19,4% bereits im ersten Jahr ihres Aufenthalts. Ab 1941 steigt auch der Anteil jener Menschen stark an, die ab dem zweiten Aufenthaltsjahr in der Anstalt starben. Diese Zahl erhöht sich 1945 ein weiteres Mal, da ungefähr 16,6% der 1945 aufgenommenen Patientinnen und Patienten dieses Jahr nicht überlebten³⁰⁹.

Es ist auch interessant zu sehen, dass nach dem offiziellen Ende der „Aktion T4“ in den Jahren 1942 bis 1945 die Zahl der Toten auf 100 Personen mehr pro Jahr anstieg³¹⁰.

³⁰³ Hinterhuber, Ermordet und vergessen, 81

³⁰⁴ Hinterhuber, Ermordet und vergessen, 80

³⁰⁵ Hinterhuber, Ermordet und vergessen, 81

³⁰⁶ Hinterhuber, Ermordet und vergessen, 75

³⁰⁷ Hinterhuber, Ermordet und vergessen, 76

³⁰⁸ Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 200

³⁰⁹ Hinterhuber, Ermordet und vergessen, 77

³¹⁰ Hinterhuber, Ermordet und vergessen, 82

Vor allem die Person des Dr. Klebelsberg zeigt, dass nicht alle Ärzte an der vollkommenen Vernichtung psychisch Kranker und Behinderter interessiert waren. Außerdem zeigt sein Einspruch auch, dass Ärzte wie Renno und Lonauer durchaus auch mit sich Reden ließen, wenn es darum ging noch arbeitsfähige Patientinnen und Patienten vor dem Gas zu retten³¹¹. Aufgrund von Menschen wie Dr. Klebelsberg, dessen strafrechtliche Unschuld vor Gericht festgestellt wurde³¹², konnten immerhin einige Menschenleben gerettet werden.

4.3. Die Rolle des Dr. Hans Czermak bei der Vernichtung des „lebensunwerten Lebens“ im Gau Tirol-Vorarlberg

Dr. Hans Czermak nimmt eine zentrale Rolle bei der Durchführung der Aktion T4 sowie der späteren wilden Euthanasie im Gau Tirol-Vorarlberg ein.

Czermak wurde am 21. April 1892 als Sohn eines Physikprofessors geboren. 1910 begann er sein Medizinstudium und trat einer schlagenden Studentenverbindung bei. Er meldete sich noch vor Ausbruch des ersten Weltkriegs 1914 freiwillig zur Militärausbildung für Mediziner in Prag und war schließlich an der Front in Galizien stationiert. 1916 erhielt er, nach einer genesenen Typhuserkrankung, verlängerten Studienurlaub und konnte noch im selben Jahr an der Universität Graz promovieren. Nach verschiedenen Stellen in Graz, Innsbruck und der Schweiz ließ er sich schlussendlich 1925 in Innsbruck als Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen nieder³¹³.

Bereits 1933 trat er in die NSDAP ein und beteiligte sich am illegalen Kampf, weshalb er 1934 für eine Woche im Innsbrucker Polizeigefängnis saß. 1937 stieg er zum SA-Standartenführer auf und hatte als SA-Brigadearzt den ärztlichen Dienst organisiert. Nach dem Anschluss übernahm er als neuer Landessanitätsdirektor die Abteilung IIb der Tiroler Landeshauptmannschaft. Anfang 1940 wurde er, neben seinen vielen politischen Verpflichtungen, Leiter der Abteilung III (Volkspflege) der

³¹¹ Egger, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten, 200

³¹² Dr. Ernst Klebelsberg, in: Psychiatrische Landschaften, online unter: <http://psychiatrische-landschaften.net/node/146> (27.05.2012)

³¹³ Horst Schreiber, Ein „Idealist aber kein Fanatiker“? Dr. Hans Czermak und die NS-Euthanasie in Tirol, in: www.horstscheiber.at, online unter: <http://www.horstscheiber.at/texte/czermak-und-die-nseuthanasie-in-tirol> (27.05.2012)

Reichsstatthalterei Tirol-Vorarlberg. Als Leiter der Volkspflege war er für die Unterabteilungen IIIa (Gesundheitswesen) und IIIb (Fürsorgewesen) zuständig. Die Unterabteilung IIIa, der auch die Heil- und Pflegeanstalten unterstanden, wurde von ihm persönlich geleitet³¹⁴. Czermak wurde so zu einem der Hauptverantwortlichen für die Tötung psychisch Kranker und behinderter Menschen in Vorarlberg und Tirol. Er war höchstwahrscheinlich auch in die Aktivitäten der Euthanasie-Zentrale in der Tiergartenstraße 4 in Berlin eingeweiht, da er das Vertrauen vieler Ärzte dieser Organisation hatte³¹⁵.

Nachdem Czermak von Dr. Klebelsberg, dem ärztlichen Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Hall, auf die Überfüllung der Anstalt hingewiesen wurde, meldete er dies der Abteilung IV des Innenministeriums. Weiters teilte er in einem Begleitschreiben dem Innenministerium mit, dass er in der Intervention der Angehörigen eine Gefahr für die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ sah³¹⁶. Außerdem veranlasste ihn die Überfüllung der Anstalt in Hall zu weiteren Deportationen nach Hartheim, obwohl diese offiziell bereits eingestellt wurden. Ein Teil dieser Patientinnen und Patienten, die zunächst in der Zwischenanstalt Niedernhart untergebracht waren, wurden auch gezielt durch Hunger und der Injektion von Luminal, was den Anschein eines natürlichen Todes erwecken sollte, ermordet. Dr. Lonauer, der in Hartheim und Niedernhart tätig war, schrieb Czermak in einem Brief, dass er zu der Überzeugung gekommen war, dass „diese Behandlungsmethode praktischer und reibungsloser als die Frühere“ war³¹⁷. Daraufhin trat auch Czermak dafür ein diese Methode, in Hall zu praktizieren, da sich so „Transportkosten einsparen“ ließen³¹⁸. In einem Brief vom 12. November 1942 an Dr. Lonauer in Hartheim schrieb Czermak folgendes: „Lieber Kamerad Lonauer! Vielen Dank für Ihr liebes Schreiben vom 05.11. Ich bin sehr befriedigt, dass ihre Behandlungsmethode so erfolgreich ist. Auch hier hat sich gar kein Anstand ergeben und hoffe ich, dass Dr. Renno bald in der Lage ist, die Methode in Hall einzuführen, wodurch sich die Transportkosten vor allem der Kraftstoffaufwand einsparen ließe.“³¹⁹ Somit ist es wahrscheinlich, dass Czermak die Tötung von Patientinnen und

³¹⁴ Horst Schreiber, <http://www.horstschreiber.at/texte/czermak-und-die-nseuthanasie-in-tirol> (27.05.2012)

³¹⁵ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 214

³¹⁶ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 216

³¹⁷ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 216

³¹⁸ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 216f.

³¹⁹ Klee, *Euthanasie im Dritten Reich*, 291

Patienten vor Ort mittels Nahrungsentzug und Überdosierungen von Medikamenten vorschlug³²⁰.

Als Ende 1942 vom Innenministerium ein Erlass herausgegeben wurde, der dazu aufforderte sämtliche Patientinnen und Patienten psychiatrischer Anstalten zu erfassen, die bis dahin noch nicht gemeldet worden waren, nahm Czermak dies zum Anlass einen Runderlass herauszugeben, der an das Innsbrucker Fürsorgeamt, die Heil- und Pflegeanstalten Hall und Valduna, die Erziehungsheime Mils und Andelsbuch, das St. Josef-Institut in Mils sowie an die Versorgungshäuser in Imst, Ried und Nassereith geschickt wurde³²¹. Noch im April 1945 schlug er Lonauer vor in die Heil- und Pflegeanstalt Hall einzutreten und dort die Reduzierung der Patientinnen und Patienten zu organisieren³²².

Am 10. Mai 1945 wurde Dr. Czermak vom amerikanischen Geheimdienst verhaftet und in den Lagern Ulm, Ludwigsburg und Glasenbach interniert. Im Juli 1947 wurde er in das Gefängnis des Landesgericht Linz überstellt, jedoch wurde 1948 entschieden seinen Ermittlungsverfahren nicht mit in das Hartheim-Verfahren mit einzubeziehen. Er wurde schließlich nach Innsbruck rücküberstellt und am 26. Juli 1949 Anklage wegen der „entfernteren Mitschuld“ am Verbrechen des Meuchelmordes und des Hochverrates, aufgrund Czermaks illegaler Betätigung für die NSDAP während des Ständestaates, erhoben³²³.

Czermak bekannte sich nicht schuldig und wies jede Schuld von sich. Er rechtfertigte sich immer wieder mit dem Befehlsnotstand, obwohl ihm eigenmächtige Entscheidungen und somit seine entscheidende Rolle bei der „Vernichtung des lebensunwerten Lebens“ in Vorarlberg und Tirol nachzuweisen waren. Weiters versuchte er sich während des Gerichtsverfahrens als Lebensretter zu präsentieren und wollte das Gericht davon überzeugen, dass ohne sein Eingreifen die vollkommene Vernichtung der Geisteskranken gedroht hätte³²⁴.

³²⁰ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 217

³²¹ Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 217

³²² Egger, *Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten*, 218

³²³ Horst Schreiber, <http://www.horstsreiber.at/texte/czermak-und-die-nseuthanasie-in-tirol> (27.05.2012)

³²⁴ Horst Schreiber, <http://www.horstsreiber.at/texte/czermak-und-die-nseuthanasie-in-tirol> (27.05.2012)

Schließlich wurde Czermak für schuldig befunden, da er auf eine entfernte Art zum Massenmord beigetragen habe und die Deportation von über 700 Personen nach Hartheim ausdrücklich forderte, unterstützte sowie vorantrieb. Das Gericht war auch der Meinung, dass die Möglichkeit bestanden hätte die NS-Euthanasie in Tirol und Vorarlberg zu stoppen, wenn Czermak eine andere Haltung eingenommen hätte. Am 1. Dezember 1949 wurde er vom Gericht zu acht Jahren schwerer Kerkerstrafe bei gleichzeitigem Vermögensverfall verurteilt³²⁵.

Während seiner Haft wurde von ihm und seiner Familie mehrmals um Gnade angesucht. Diese Gnadengesuche wurden im September 1950 mit Erfolg gekrönt und Czermak wurde aus der Haft entlassen. Weitere drei Jahre später war seine Strafe vollständig verbüßt. Einzig seine zuvor aberkannten akademischen Titel wurden ihm vom Innsbrucker Volksgericht nicht mehr zuerkannt und so konnte er den Rest seines Lebens nicht mehr als Arzt praktizieren. „Nach einem arbeitsreichen, pflichterfüllten Leben“, wie es in seiner Todesanzeige hieß, starb Hans Czermak 1975 im Alter von 83 Jahren³²⁶.

³²⁵ Horst Schreiber, <http://www.horstschreiber.at/texte/czermak-und-die-nseuthanasie-in-tirol> (27.05.2012)

³²⁶ Horst Schreiber, <http://www.horstschreiber.at/texte/czermak-und-die-nseuthanasie-in-tirol> (27.05.2012)

5. VORARLBERGER PSYCHIATRIEPATIENTINNEN UND -PATIENTEN IN DER GAUANSTALT HALL IN TIROL

5.1. Die Todesfälle

Wie bereits erwähnt versuche ich in dieser Diplomarbeit zu klären, weshalb es während des NS-Regimes in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol zu so vielen Todesfällen von Patientinnen und Patienten kam. Da ab dem Zeitpunkt des Anschlusses Österreichs an das nationalsozialistische Deutschland 1938 eine Vielzahl von Frauen und Männern in die sogenannte Gauanstalt Hall in Tirol eingewiesen wurden und dort auch verstarben, entschloss ich mich während meiner Rechercharbeiten, mich mit ausschließlich jenen Patientinnen und Patienten zu beschäftigen, die von der Heil- und Pflegeanstalt Valduna Rankweil in Vorarlberg nach Hall überwiesen wurden und dort auch verstorben sind. So minimierte sich die Zahl der Akten von anfänglich über 200 auf jeweils 64 Verwaltungs- und Krankenakten. Diese werde ich in folgendem Kapitel auf verschiedene Aspekte zu untersuchen.

5.1.1. Allgemeines

Die 64 Personen, die von der Valduna Rankweil in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol eingewiesen wurden und dort verstarben, wurden an sechs verschiedenen Daten in Hall übernommen. Unter den Toten waren 47 Männer³²⁷ und 17 Frauen³²⁸.

Der Großteil von Ihnen wurde mit den beiden Sondertransporten am 08. März 1941 (25 Männer³²⁹, 10 Frauen³³⁰) und am 24. März 1941 (17 Männer³³¹, 7 Frauen³³²) nach Hall überstellt.

³²⁷ Historisches Archiv Landeskrankenhaus Hall i. T. (Psychiatrie) Verwaltungsakten 2108/6, 2152/6, 2159/6, 2180/6, 2129/6, 2199/6, 2204/6, 2341/6, 2158/6, 2163/6, 2173/6, 2191/6, 2211/6, 2332/6, 2336/6, 2367/6, 2370/6, 2175/6, 2185/6, 2212/6, 2349/6, 2339/6, 2366/6, 2151/6, 2165/6, 2176/6, 2184/6, 2206/6, 2350/6, 2441/6, 3672/6, 2166/6, 2194/6, 2200/6, 2210/6, 2219/6, 2338/6, 2342/6, 2352/6, 2353/6, 2355/6, 2358/6, 2360/6, 2369/6, 2443/6, 3473/6, 3491/6

³²⁸ HA LKH HiT (P) VA 2106/6, 2114/6, 2117/6, 2146/6, 2150/6, 2287/6, 2291/6, 2292/6, 2132/6, 2134/6, 2294/6, 2296/6, 2118/6, 2127/6, 2140/6, 2323/6, 2326/6

Am 13. Mai 1941³³³ wurden noch zwei Männer aus der Valduna Rankweil in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol überwiesen sowie jeweils ein Mann am 07. Mai 1943³³⁴, am 15. Mai 1943³³⁵ und am 16. September 1943³³⁶.

5.1.1.1. Todesfälle pro Jahr

Wird die Anzahl der Todesfälle nach Jahren betrachtet, resultieren folgende Zahlen daraus:

Todesjahr	Tote insgesamt	Männer	Frauen
1941	16	8 ³³⁷	8 ³³⁸
1942	13	9 ³³⁹	4 ³⁴⁰
1943	9	6 ³⁴¹	3 ³⁴²
1944	9	9 ³⁴³	0
1945	17	15 ³⁴⁴	2 ³⁴⁵

Unter diesen Personen befinden sich acht Männer³⁴⁶, die unmittelbar nach der Kapitulation der Wehrmacht am 08. Mai 1945 von Mai bis Ende August verstorben sind. Ich zähle diese zu den Opfern dazu, da eben diese Todesfälle höchstwahrscheinlich als unmittelbare Folge auf die Behandlung des NS-Pflegepersonals zurückzuführen sind. Aufschlussreich ist auch, dass zu Beginn des

³²⁹ HA LKH HiT (P) VA 2108/6, 2152/6, 2159/6, 2180/6, 2129/6, 2199/6, 2204/6, 2158/6, 2163/6, 2173/6, 2191/6, 2211/6, 2175/6, 2185/6, 2212/6, 2151/6, 2165/6, 2176/6, 2184/6, 2206/6, 2166/6, 2195/6, 2200/6, 2210/6, 2219/6

³³⁰ HA LKH HiT (P) VA 2106/6, 2114/6, 2117/6, 2146/6, 2150/6, 2132/6, 2134/6, 2118/6, 2127/6, 2140/6

³³¹ HA LKH HiT (P) VA 2341/6, 2332/6, 2336/6, 2367/6, 2370/6, 2349/6, 2339/6, 2336/6, 2350/6, 2338/6, 2342/6, 2352/6, 2353/6, 2355/6, 2358/6, 2360/6, 2369/6

³³² HA LKH HiT (P) VA 2287/6, 2291/6, 2292/6, 2294/6, 2296/6, 2323/6, 2326/6

³³³ HA LKH HiT (P) VA 2241/6, 2243/6

³³⁴ HA LKH HiT (P) VA 3473/6

³³⁵ HA LKH HiT (P) VA 3491/6

³³⁶ HA LKH HiT (P) VA 3672/6

³³⁷ HA LKH HiT (P) VA 2108/6, 2152/6, 2159/6, 2180/6, 2192/6, 2199/6, 2204/6, 2341/6

³³⁸ HA LKH HiT (P) VA 2106/6, 2114/6, 2117/6, 2146/6, 2150/6, 2287/6, 2291/6, 2292/6

³³⁹ HA LKH HiT (P) VA 2158/6, 2163/6, 2173/6, 2191/6, 2211/6, 2332/6, 2336/6, 2367/6, 2370/6

³⁴⁰ HA LKH HiT (P) VA 2132/6, 2134/6, 2294/6, 2296/6

³⁴¹ HA LKH HiT (P) VA 2175/6, 2185/6, 2212/6, 2349/6, 2366/6, 2339/6

³⁴² HA LKH HiT (P) VA 2118/6, 2127/6, 2140/6

³⁴³ HA LKH HiT (P) VA 2151/6, 2165/6, 2176/6, 2184/6, 2206/6, 2350/6, 2441/6, 3672/6, 2369/6

³⁴⁴ HA LKH HiT (P) VA 2166/6, 2194/6, 2200/6, 2210/6, 2219/6, 2338/6, 2342/6, 2352/6, 2352/6, 2355/6, 2358/6, 2360/6, 2443/6, 3473/6, 3491/6

³⁴⁵ HA LKH HiT (P) VA 2323/6, 2326/6

³⁴⁶ HA LKH HiT (P) VA 2194/6, 2200/6, 2352/6, 2353/6, 2358/6, 2443/6, 3473/6, 3491/6

zunächst erfolgreichen Krieges für die Nationalsozialisten mehr Patientinnen und Patienten versterben. Dies änderte sich erst mit der Wende des Krieges an der osteuropäischen Front 1943 sowie mit dem Abbruch der Aktion T4 im August 1941. Nach einer Phase mit „gemäßigteren“ Todeszahlen in den Jahren 1943 und 1944, steigt die Zahl der Toten im Jahr 1945 auf fast das Doppelte an, was sich wohl mit dem immer mehr abzeichnenden Verlust des Krieges von Seiten der Nationalsozialisten erklären lässt.

5.1.1.2. Aufenthaltsdauer

Ein weiterer interessanter Aspekt ist die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten. Wenn, ausgehend vom Einlieferungsdatum bis zum Todesdatum, die Anzahl der Tage berechnet wird, die eine Patientin oder ein Patient in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol verbrachte, kann resultierend gesagt werden, dass Männer durchschnittlich 890,04 Tage und Frauen durchschnittlich 455,41 Tage in der Anstalt waren. Diese Zahlen zeigen, dass Männer fast doppelt so lange in der Anstalt am Leben blieben, als Frauen. Welche Gründe es für dieses Ergebnis gibt, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

5.1.1.3. Alter

Anschließend befasste ich mich mit dem Alter der Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt ihres Todes. Um feststellen zu können welche Altersgruppe von den meisten Todesfällen betroffen war, wurden sie von mir in acht Gruppen eingeteilt. Folgende Zahlen sind Ergebnis meiner Recherche:

Altersgruppe	Tote insgesamt	Männer	Frauen
20-30	5	4 ³⁴⁷	1 ³⁴⁸
31-40	5	4 ³⁴⁹	1 ³⁵⁰
41-50	9	5 ³⁵¹	4 ³⁵²
51-60	9	6 ³⁵³	3 ³⁵⁴
61-70	15	11 ³⁵⁵	4 ³⁵⁶
71-80	16	14 ³⁵⁷	2 ³⁵⁸
81-90	4	2 ³⁵⁹	2 ³⁶⁰
91-100	1	1 ³⁶¹	0

Diese Tabelle zeigt, dass über die Hälfte der Männer in der Altersgruppe zwischen 61 und 90 befanden als Sie in der Heil- und Pflegeanstalt verstarben. Lediglich ein Mann wurde älter als 91 Jahre. Bei den Frauen lag die erhöhte Sterberate im Alter von 51-60 Jahren, das bedeutet um zwei Altersgruppen früher als bei Männern. Allerdings gibt es auch in der Altersgruppe von 61-70, genauso wie bei den Männern, eine erhöhte Zahl an verstorbenen Patientinnen.

Bei der Berechnung des Durchschnittsalters für beide Geschlechtsgruppen erhielt ich folgendes Resultat: Männer wurden in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol durchschnittlich 60,72 Jahre. Frauen wurden durchschnittlich 59,53 Jahre alt.

³⁴⁷ HA LKH HiT (P) VA 2180/6, 2158/6, 3672/6, 2194/6

³⁴⁸ HA LKH HiT (P) VA 2292/6

³⁴⁹ HA LKH HiT (P) VA 2175/6, 2212/6, 2441/6, 2219/6

³⁵⁰ HA LKH HiT (P) VA 2146/6

³⁵¹ HA LKH HiT (P) VA 2191/6, 2211/6, 2349/6, 2176/6, 3473/6

³⁵² HA LKH HiT (P) VA 2106/6, 2114/6, 2323/6, 2326/6

³⁵³ HA LKH HiT (P) VA 2199/6, 2163/6, 2366/6, 2338/6, 2352/6, 3491/6

³⁵⁴ HA LKH HiT (P) VA 2150/6, 2287/6, 2132/6

³⁵⁵ HA LKH HiT (P) VA 2108/6, 2332/6, 2185/6, 2151/6, 2165/6, 2350/6, 2342/6, 2353/6, 2358/6, 2369/6, 2443/6

³⁵⁶ HA LKH HiT (P) VA 2134/6, 2118/6, 2127/6, 2140/6

³⁵⁷ HA LKH HiT (P) VA 2159/6, 2192/6, 2204/6, 2173/6, 2336/6, 2367/6, 2370/6, 2339/6, 2206/6, 2166/6, 2200/6, 2210/6, 2355/6, 2360/6

³⁵⁸ HA LKH HiT (P) VA 2117/6, 2291/6

³⁵⁹ HA LKH HiT (P) VA 2152/6, 2184/6

³⁶⁰ HA LKH HiT (P) VA 2294/6, 2296/6

³⁶¹ HA LKH HiT (P) VA 2341/6

5.1.1.4. Herkunft

Die Herkunft der Patientinnen und Patienten wurde von mir über den Geburtsort der jeweiligen Personen definiert. Daraus resultierte folgende Aufteilung:

Herkunft	Tote insgesamt	Männer	Frauen
Vorarlberg	43	32 ³⁶²	11 ³⁶³
Tirol	7	6 ³⁶⁴	1 ³⁶⁵
Niederösterreich	2	1 ³⁶⁶	1 ³⁶⁷
Deutschland	3	1 ³⁶⁸	2 ³⁶⁹
Schweiz	5	3 ³⁷⁰	2 ³⁷¹
Italien	4	4 ³⁷²	0

5.1.1.5. Antrag auf Unfruchtbarmachung

Bei den 64 Krankenakten gab es zwei Männer bei denen ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt wurde. Eine Gemeinsamkeit der Beiden ist, das Sie mit der gleichen Krankheit diagnostiziert wurden – nämlich Schizophrenie. Weiters waren Beide jünger als 40 Jahre alt³⁷³. Eine weitere Gemeinsamkeit beider Patienten ist, dass sie am selben Tag in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol eingewiesen wurden, dem 08. März 1941. Also wurden sie mit dem ersten Sondertransport überstellt³⁷⁴.

Im Februar 1942 übersendete der Amtsarzt den Antrag auf Unfruchtbarmachung des Patienten Ludwig B. an das Gesundheitsamt in Bludenz. Grund dafür war, dass sich

³⁶² HA LKH HiT (P) VA 2108/6, 2159/6, 2180/6, 2204/6, 2341/6, 2158/6, 2173/6, 2332/6, 2367/6, 2370/6, 2175/6, 2185/6, 2212/6, 2349/6, 2366/6, 2151/6, 2165/6, 2176/6, 2184/6, 2206/6, 2350/6, 2166/6, 2194/6, 2338/6, 2342/6, 2353/6, 2355/6, 2358/6, 2360/6, 2369/6, 2443/6, 3491/6

³⁶³ HA LKH HiT (P) VA 2106/6, 2146/6, 2150/6, 2287/6, 2291/6, 2292/6, 2294/6, 2296/6, 2118/6, 2127/6, 2326/6

³⁶⁴ HA LKH HiT (P) VA 2199/6, 2163/6, 2191/6, 2200/6, 2210/6, 2352/6

³⁶⁵ HA LKH HiT (P) VA 2140/6

³⁶⁶ HA LKH HiT (P) VA 3473/6

³⁶⁷ HA LKH HiT (P) VA 2134/6

³⁶⁸ HA LKH HiT (P) VA 2441/6

³⁶⁹ HA LKH HiT (P) VA 2132/6, 2117/6

³⁷⁰ HA LKH HiT (P) VA 2339/6, 2219/6, 2211/6

³⁷¹ HA LKH HiT (P) VA 2114/6, 2323/6

³⁷² HA LKH HiT (P) VA 2152/6, 2192/6, 3672/6, 2336/6

³⁷³ Historisches Archiv Landeskrankenhaus Hall i.T. (Psychiatrie) Krankenakten Ludwig B., Anton H.

³⁷⁴ HA LKH HiT (P) VA 2158/6, 2175/6

die Angehörigen eine Entlassung des Patienten wünschten und diese nur nach einer Unfruchtbarmachung erfolgen konnte. Dem Antrag auf Unfruchtbarmachung war ein Amtsärztliches Gutachten hinzugefügt, das auf alle körperlichen, psychischen und auch familiären Angelegenheiten des Patienten einging. Ebenso wurde ein Auszug aus der Krankenakte des Mannes mitgeschickt. Während des Entscheidungsprozesses über eine Unfruchtbarmachung erkrankte der Patient an einer Lungentuberkulose. Darüber wurde seine Familie in Kenntnis gesetzt. Er verstarb am 02. Mai 1942 ohne durchgeführte Sterilisation³⁷⁵.

Der Antrag auf Unfruchtbarmachung des Patienten Anton H. wurde bereits im Mai 1941 beim Gesundheitsamt gestellt. Auch in diesem Fall wurde ein amtsärztliches Gutachten erstellt und mitgeschickt. Zwischendurch wurde von den Prüfern um Mitteilung gebeten, ob bei diesem Patienten die Gefahr der Fortpflanzung bestünde und ob man mit einer baldigen Entlassung des Patienten rechnen könne. Die Antwort aus Hall war folgende: „Auf die dortige Zuschrift vom 03.11.1941, teile ich mit, dass die Angehörigen des H. Anton seinerzeit wegen der Entlassung hier bittlich geworden sind. So, wie der Kranke derzeit ist, besteht wohl keine Gefahr auf Fortpflanzung, da er immer im Bett liegt. Es könnte sich aber im Laufe der Zeit ereignen, dass der Stuporzustand wieder zurück geht.“³⁷⁶

Auch bei diesem Patienten wurde ein Auszug aus den Akten übersendet. Außerdem befand sich unter den Akten auch eine Sippentafel der kompletten Familie zurück bis zu den Großeltern des Patienten. In dieser Sippentafel waren sämtliche blutsverwandte Familienmitglieder angeführt sowie mögliche Erkrankungen und Angaben über ihr soziales Verhalten. In einem Schreiben des Vaters des Patienten machte dieser den Ärzten allerdings klar, dass die Familie keinerlei Notwendigkeit einer Sterilisation sah und beteuerte die Gesundheit sämtlicher Familienmitglieder³⁷⁷. Wenige Tage später antwortete ein Arzt aus Hall und teilte der Familie mit, dass er gesetzlich verpflichtet war den Fall beim Erbgesundheitsgericht zu melden³⁷⁸.

Schließlich fällte der Reichsstatthalter in Tirol und Vorarlberg am 14. November 1941 eine Entscheidung, die dem Primarius der Anstalt übersendet wurde: „Auf

³⁷⁵ HA LKH HiT (P) KA Ludwig B.

³⁷⁶ HA LKH HiT (P) KA Anton H., Brief an den Reichsstatthalter in Tirol und Vorarlberg vom 06.11.1941

³⁷⁷ HA LKH HiT (P) KA Anton H., Brief des Vaters an die Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkrankheiten Solbad Hall i. Tirol vom 03.04.1941

³⁷⁸ HA LKH HiT (P) KA Anton H., Antwort eines Arztes vom 08.04.1941 auf den Brief des Vaters

Grund Ihrer Mitteilung über den Zustand des Obengenannten vom 06.11.1941 kann von einer Unfruchtbarmachung abgesehen werden, doch ist er nicht aus der Anstalt zu entlassen.³⁷⁹«

Der Patient verstarb schlussendlich am 18. Juli 1943 in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol, wobei die Todesursache nicht vollständig geklärt ist. Bei diesem Patienten wurden nämlich zwei verschiedene Gründe angegeben³⁸⁰.

5.1.1.6. Obduktionsprotokoll

Bei nur einer einzigen Patientin war ein Obduktionsprotokoll in den Akten zu finden. Diese Patientin war zum Zeitpunkt ihres Todes gerade einmal 20 Jahre alt und verstarb laut Akte an einer Bronchopneumonie und Tuberkulose³⁸¹. Zuvor war sie wegen Schwachsinn und Idiotie in die Anstalt eingewiesen worden³⁸².

Die Obduktion wurde am 12. September 1941 von Dr. Längle, einem Tag nach ihrem Tod, durchgeführt. Beim äußeren Erscheinungsbild der Leiche fiel dem Arzt sofort auf wie stark abgemagert die Tote war³⁸³. Als weitere Schritte wurden Kopf, Hals, Brust und Bauch von ihm untersucht. Nach diesen Untersuchungen kam der Arzt zu dem Schluss, dass die Patientin Martina B. an einer „herdförmigen, verkäsigen Lungenentzündung und einem tuberkulösen Darmgeschwür³⁸⁴“ gestorben war.

Einen Hinweis, weshalb bei dieser Patientin eine Obduktion durchgeführt wurde, konnte ich weder in ihrer Verwaltungs- noch Krankenakte finden. Diese Handeln lässt die Vermutung zu, dass es womöglich aufgrund ihres jungen Alters geschah. Diese Patientin war, mit ihren 20 Jahren, die Jüngste in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol – zumindest innerhalb dieser 64 Akten.

³⁷⁹ HA LKH HiT (P) KA Anton H., Brief des Reichsstatthalters in Tirol und Vorarlberg vom 14.11.1941

³⁸⁰ HA LKH HiT (P) VA 2175/6, KA Anton H.

³⁸¹ HA LKH HiT (P) KA Martina B.

³⁸² HA LKH HiT (P) KA Martina B.

³⁸³ HA LKH HiT (P) KA Martina B., Obduktionsprotokoll

³⁸⁴ HA LKH HiT (P) KA Martina B., Obduktionsprotokoll Zusammenfassung

5.1.1.7. Ort der Bestattung

Nach dem Tod der Patientinnen und Patienten wurden die Angehörigen über ihren Verlust verständigt. Allerdings war es nicht zwingend, dass ihre verstorbenen Angehörigen in der Nähe der Anstalt bestattet wurden. Bei genauer Betrachtung der Akten ergeben sich vier Möglichkeiten:

Ort	Tote insgesamt	Männer	Frauen
Hall (o.A.)	14	6 ³⁸⁵	8 ³⁸⁶
Anstaltsfriedhof	22	18 ³⁸⁷	4 ³⁸⁸
Weissenbach-Friedhof	9	9 ³⁸⁹	0
ohne örtliche Angabe	19	14 ³⁹⁰	5 ³⁹¹

Die Frage, weshalb bei den ersten Toten, die in Hall bestattet wurden, keine Angaben zum genauen Friedhof gemacht wurde, kann nicht beantwortet werden. Es lässt jedoch vermuten das zunächst noch nicht auf andere Friedhöfe ausgewichen werden musste, da der vorhandene Friedhof noch ausreichend Platz zur Verfügung hatte. Allerdings ist es auch möglich, dass die nicht vorhandenen Angaben zum Bestattungsort Angehörige davon abhalten sollte an der Beerdigung teilzunehmen, um so unangenehmen Fragen aus dem Weg gehen zu können. Somit könnte man das als Vertuschungsversuch betrachten.

Ob der Anstaltsfriedhof jener Friedhof ist, auf dem die 14 Toten mit der Angabe „Hall“ beerdigt wurden, kann nicht genau gesagt werden. Jedoch ist dies durchaus möglich. Ab spätestens Ende 1942 wurde eine Unterscheidung zwischen den Bestattungsorten getroffen – nämlich dem Anstaltsfriedhof und dem Weissenbach-Friedhof – wobei der Großteil der Toten auf dem Anstaltsfriedhof ihre letzte

³⁸⁵ HA LKH HiT (P) VA 2108/6, 2152/6, 2159/6, 2341/6, 2173/6, 2339/6

³⁸⁶ HA LKH HiT (P) VA 2106/6, 2114/6, 2146/6, 2150/6, 2287/6, 2132/6, 2134/6 2294/4

³⁸⁷ HA LKH HiT (P) VA 2367/6, 2185/6, 2212/6, 2349/6, 2366/6, 2165/6, 2176/6, 2184/6, 2206/6, 2350/6, 2241/6, 3672/6, 2166/6, 2219/6, 2338/6, 2342/6, 2355/6, 2369/6

³⁸⁸ HA LKH HiT (P) VA 2127/6, 2140/6, 2323/6, 2326/6

³⁸⁹ HA LKH HiT (P) VA 2200/6, 2210/6, 2352/6, 2353/6, 2358/6, 2360/6, 2443/6, 3473/6, 3491/6

³⁹⁰ HA LKH HiT (P) VA 2180/6, 2192/6, 2199/6, 2204/6, 2158/6, 2163/6 2191/6, 2158/6, 2163/6, 2191/6, 2211/6, 2332/6, 2336/6, 2370/6, 2175/6, 2151/6, 2194/6

³⁹¹ HA LKH HiT (P) VA 2117/6, 2291/6, 2292/6, 2296/6, 2118/6

Ruhestätte fanden. Es lassen sich nur Vermutungen anstellen, weshalb plötzlich auf einen anderen Friedhof ausgewichen wurde, allerdings liegt der Verdacht nahe, dass dies aus reinem Platzmangel geschah. Weiters könnte dies auch eine bessere Organisation des Systems bedeuten.

Allerdings gab es auch von den insgesamt 64 Patientinnen und Patienten 19 Männer und Frauen bei denen keine Angabe über den Ort der Bestattung gemacht wurde. Das lässt einerseits darauf schließen, dass es für die Angehörigen vielleicht möglich war, ihre Verwandten bei sich zu Hause zu beerdigen. Andererseits könnte dies wiederum ein Indiz dafür sein, dass man von Seiten der Anstalt versuchte etwas zu vertuschen. Der Fall des Anton Hagen zeigt auf jeden Fall, dass es für die Angehörigen möglich war den Leichnam nach Hause zu holen und ihn dort zu vergraben. Dies gab seine Schwägerin in einem Interview an³⁹². Auf diesen Fall werde ich aber noch später genauer eingehen.

5.1.2. Krankheitsbilder, Diagnosen

In diesem Teil befasste ich mich mit den Krankheiten und Diagnosen, die bei den 64 Patientinnen und Patienten zur Einweisung in eine psychiatrische Anstalt führten. Bei einigen von diesen wurden allerdings auch zwei oder mehr Krankheiten diagnostiziert.

5.1.2.1. Demenz, Dementia Senilis, Alzheimer-Krankheit

Bei einer Demenz handelt es sich um ein „Syndrom aufgrund einer Erkrankung des Gehirns, im Allgemeinen chronischer oder progressiver Natur, mit einer Störung multipler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Verständnis, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteil. Das Bewusstsein ist nicht lange getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind im

³⁹² Oral History Interview „Tote Lügen Nicht“, 06.04.2011, Lauterach; Interview für Dokumentarfilm „Tote Lügen Nicht“, Interviewer: Heinz Fechner und Bertram Wolf; Aufnahmen im Besitz von Bertram Wolf, Jagdgasse 12b, 6020 Innsbruck, Transkription im Besitz von Bertram Wolf, Jagdgasse 12b, 6020 Innsbruck; S.6

Allgemeinen begleitet von Störungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder des Antriebs; diese können gelegentlich auch vorausgehen³⁹³.

Zum Thema der senilen Demenz³⁹⁴ sowie der präsenilen Demenz³⁹⁵ wird auf die Alzheimer-Krankheit verwiesen. Bei der Alzheimer-Krankheit handelt es sich um „eine primär degenerative zerebrale Erkrankung unbekannter Ätiologie mit charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen, wie kortikale Atrophie mit neurofibrillären Knäueln, Drusen aus Amyloid und argentophilen Plaques sowie einer deutlichen Verminderung des Enzyms Cholin-Azetyltransferase, des Azetylcholins selbst und anderer Neurotransmitter und Neuromodulatoren. Die Störung beginnt gewöhnlich schleichend und entwickelt sich langsam, aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Fälle mit spätem Beginn, d.h. nach dem 65. Lebensjahr (Typ 1) sind durch langsamere Progredienz mit Gedächtnisstörungen als Hauptmerkmal charakterisiert. Fälle mit Beginn vor dem 65. Lebensjahr (Typ 2) zeigen einen relativ schnellen progredienten Verlauf mit vielfältigen Störungen der höheren kortikalen Funktionen. Die Krankheit wurde zuerst als präsenile Demenz von Alzheimer (1906) beschrieben“³⁹⁶.

Insgesamt wurden 23 Personen mit der Diagnose Demenz zunächst in die Valduna Rankweil und anschließend in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol eingewiesen. Bei Zwanzig von diesen wurde, bei der Aufnahme in Hall, Dementia Senilis³⁹⁷ diagnostiziert sowie zwei Weitere mit Dementia Paralytica³⁹⁸. Eine weitere Person wurde mit Dementia Präsenilis³⁹⁹ diagnostiziert noch eine Person mit einer leichten Demenz nach einem Schädeltrauma⁴⁰⁰. Außerdem wurde eine Person als senil⁴⁰¹ eingestuft.

³⁹³ Horst Dilling (Hg.), Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Bern 2009), 44

³⁹⁴ Dilling, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 166

³⁹⁵ Dilling, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 141

³⁹⁶ Dilling, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 14f.

³⁹⁷ HA LKH HiT (P) KA Agahta G., Johann A., Valentin B., Anton M., Josef R., Bartholomäus F., Franziska M., Franz G., Katharina Bu., Katharina Bü., Ludwig B., Anton D., Anton W., Anton Z., Karl A., Gebhard D., Eduard L., Johann S., Anton W.

³⁹⁸ HA LKH HiT (P) KA Karoline S., Otto W.

³⁹⁹ HA LKH HiT (P) KA Anna B.

⁴⁰⁰ HA LKH HiT (P) KA Gottlieb L.

⁴⁰¹ HA LKH HiT (P) KA Kreszenz B.

5.1.2.2. Schizophrenie, schizoide Persönlichkeitsstörung, Psychopathie, Persönlichkeitsstörung, dissoziale Persönlichkeitsstörung

Unter Schizophrenie versteht man „eine 1911 von dem Schweizer Eugen Bleuler (1857-1939) beschriebene und benannte Störung, die durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmungen sowie inädaquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet ist. Bewusstseinsklarheit und intellektuelle Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene, wenngleich sie nicht als eindeutig pathognomonisch zu identifizieren sind, sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder –entzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des „Gemachten“, Stimmen, die den Patienten in der dritten Person kommentieren oder über den/die Patienten /-in sprechen, formale Denkstörungen und Negativsymptome. So betrifft die Störung wichtige basale Funktionen, die normalen Personen das Gefühl geben, individuell, einzig und selbstbestimmt zu sein. Bei den Kranken aber werden die intimsten Gedanken und Gefühle sowie Handlungen oft als bekannt oder als geteilt mit anderen erlebt und ein Erklärungswahn kann sich entwickeln, dass nämlich natürliche oder übernatürliche Kräfte daran arbeiten, den Betroffenen in Gedanken und Aktionen auf eine Weise zu beeinflussen, die oft bizarr ist. Der Verlauf der schizophrenen Störung kann entweder kontinuierlich oder episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden („Schübe“) mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten. [...]“⁴⁰².

In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig die schizoide Persönlichkeitsstörung zu nennen. Deren „Charakteristika sind Rückzug aus affektiven, sozialen und anderen Kontakten, stattdessen Vorliebe für Phantasien, einsame Aktivitäten und introspektive Zurückhaltung; Unfähigkeit Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben“⁴⁰³.

⁴⁰² Horst Dilling (Hg.), Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Bern 2009), 159f.

⁴⁰³ Dilling, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 136

Psychopathie ist „die frühere Bezeichnung nach Kurt Schneider für konstitutionell-charakterlich belastete Personen, die „unter sich leiden und unter denen die Umwelt leidet“. Dieser Begriff ging in den neutraleren Persönlichkeitsstörung über, der gegenwärtig häufig verwendet wird und einen Teil der früheren Typologie, einige mit neuer Bezeichnung (z.B. dissoziale Persönlichkeitsstörung), übernommen hat⁴⁰⁴.

Unter Persönlichkeitsstörung „wird eine Anzahl von Störungen und Verhaltensmustern verstanden, die länger anhalten und Ausdruck für den Lebensstil des Betreffenden sind, wie auch der Art und Weise, mit sich selbst und mit anderen umzugehen. Bei solchen Personen finden sich beträchtliche Abweichungen von dem Lebensstil, in dem üblicherweise Menschen in einer bestimmten Kultur wahrnehmen, denken, fühlen und sich anderen gegenüber verhalten. Spezifische Persönlichkeitsstörungen, gemischte Persönlichkeitsstörungen und andauernde Persönlichkeitsveränderungen sind tief verwurzelte und dauerhafte Verhaltensmuster, die sich als unflexible Reaktionen in einer breiten Anzahl von persönlichen und sozialen Situationen zeigen. Zu dieser Gruppe von Störungen gehören ferner abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität, Störungen der Sexualpräferenz, sexuelle Entwicklungs- und Orientierungsstörungen, Auftreten körperlicher Symptome aus psychischen Ursachen und absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von Symptomen (artifizielle Störungen)⁴⁰⁵“.

Eine dissoziale Persönlichkeitsstörung äußert sich durch die „Missachtung sozialer Verpflichtungen, Mangel an Mitgefühl für andere, ausgeprägte Gewalt oder herzloses Unbeteiligtsein. Diskrepanz zwischen dem Verhalten und den herrschenden sozialen Normen. Das Verhalten erscheint durch Erlebnisse, einschließlich Bestrafung, nicht veränderbar. Geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten, ferner Neigung, andere zu beschuldigen oder bei Konflikten mit der Gesellschaft vordergründige Rationalisierungen für eigenes Verhalten anzubieten“⁴⁰⁶.

⁴⁰⁴ Dilling, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 147

⁴⁰⁵ Dilling, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 132

⁴⁰⁶ Dilling, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 135

Von den 64 Patientinnen und Patienten wurde bei insgesamt 15 Personen Schizophrenie⁴⁰⁷ diagnostiziert. Bei einem Patient wurde sowohl Schizophrenie als auch Psychopathie festgestellt⁴⁰⁸. Außerdem gab es noch einen Patienten, der als schizoider Psychopath⁴⁰⁹ eingestuft wurde und an Alkoholismus erkrankt war. Ein Aktenvermerk bei einem weiteren Patienten lässt darauf schließen, dass man sich nicht sicher über die Diagnose war, da auf dem Aufnahmebogen ein Fragezeichen hinter die Krankheit geschrieben wurde⁴¹⁰.

5.1.2.3. Idiotie, Schwachsinn

Idiotie ist die „obsolete Bezeichnung für schwerste Intelligenzminderung“⁴¹¹. Intelligenzminderung ist „ein Zustand verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die in der Entwicklungsperiode erworben werden und die zum Intelligenzniveau beitragen wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. Dazugehörige Begriffe: geistige Behinderung; Oligophrenie; Debilität; Schwachsinn. [...] Schwerste Intelligenzminderung: (IQ > 20). Mentales Alter unter 3 Jahren. Selbstversorgung nicht möglich. Inkontinenz, nur minimale Kommunikation, behinderte Mobilität“⁴¹².

Bei allen neun Patientinnen und Patienten, bei denen eine Intelligenzminderung festgestellt wurde, wurde diese Erkrankung als Schwachsinn bezeichnet⁴¹³. Lediglich bei einer Patientin wurde zusätzlich noch der Begriff Idiotie angeführt⁴¹⁴. Ein weiterer

⁴⁰⁷ HA LKH HiT (P) KA Agatha L., Johann B., Leo M., Rosa K., Anton H., Josef S., Oscar H., Hermann M., Paul V., Lucie R., Alois K., Adolf S., Martin H., Karl H., Sebastian D.

⁴⁰⁸ HA LKH HiT (P) KA Otto S.

⁴⁰⁹ HA LKH HiT (P) KA Heinrich E.

⁴¹⁰ HA LKH HiT (P) KA Ludwig B.

⁴¹¹ Horst *Dilling* (Hg.), Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Bern 2009), 88

⁴¹² *Dilling*, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 90

⁴¹³ HA LKH HiT (P) KA Josef P., Martina B., Robert D., Johann H., Maria S., Otto D., Gebhard F., Viktor K., Nikolaus G.

⁴¹⁴ HA LKH HiT (P) KA Martina B.

Patient wurde als schwachsinniger Psychopath eingestuft⁴¹⁵. Außerdem gab es auch noch einen Patienten, bei dem zunächst keine psychische Diagnose gestellt wurde und zunächst als nicht Geisteskrank eingestuft wurde. Erst etwas später findet man in seiner Krankenakte den Nachtrag „Schwachsinn angeboren“⁴¹⁶.

5.1.2.4. Sucht, Alkoholismus

Das Wort Sucht bezeichnet „die wiederholte Verwendung von psychoaktiven Substanzen in einem Ausmaß, das zu periodischer oder chronischer Intoxikation des Konsumenten bzw. Süchtigen führt, und das er als einen Zwang erlebt, die betreffenden Substanzen einzunehmen. Es bereitet ihm große Schwierigkeiten, mit dem Konsum aufzuhören oder diesen zu modifizieren, so dass er sich schließlich die psychotropen Substanzen auf fast jede nur erdenkliche Weise beschafft. Typisch ist die Zunahme der Toleranz. Ein Entzugssyndrom entsteht häufig dann, wenn die Substanz nicht mehr zugeführt wird. Das Leben des Süchtigen kann schließlich durch den Substanzkonsum dominiert werden bis hin zum Ausschluss aller anderen Tätigkeiten und jeder Verantwortlichkeit. [...] Sucht ist ein Begriff, der unterschiedlich verwendet wird. Viele betrachten Sucht als abgrenzbares Krankheitsbild, wobei die fortschreitende Krankheit ihre Ursache in den pharmakologischen Wirkungen der Droge hat, die dazu führen, dass sich die Krankheit ständig verschlechtert. Zwischen 1920 und 1960 machte man Versuche, zwischen Sucht und Gewöhnung zu unterscheiden, einer weniger schweren Form mit einer gewissen psychischen Anpassung. In den 60er Jahren empfahl die Weltgesundheitsorganisation dann, dass beide Begriffe zugunsten von „Abhängigkeit“ unterschiedlichen Schweregrades aufgegeben werden sollten. [...]“⁴¹⁷.

Alkoholismus ist „eine seit langem verwendete Bezeichnung mit unterschiedlicher Bedeutung, die im Allgemeinen für das chronische und kontinuierliche Trinken oder den periodischen übermäßigen Konsum vom Alkohol verwendet wird. Alkoholismus

⁴¹⁵ HA LKH HiT (P) KA Alois P.

⁴¹⁶ HA LKH HiT (P) KA Johann M.

⁴¹⁷ Horst *Dilling* (Hg.), Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Bern 2009), 176f.

ist durch eine beeinträchtigte Kontrolle über das Trinken, häufige Episoden von Intoxikation und die gedankliche Beschäftigung mit Alkohol und seinem Konsum trotz nachteiliger Konsequenzen gekennzeichnet. Die Bezeichnung Alkoholismus wurde erstmalig 1849 von Magnus Huss verwendet. Seit den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde er in erster Linie auf die körperlichen Folgen langanhaltenden schweren Trinkens bezogen. – Ein engeres Konzept bezieht sich auf Alkoholismus als Krankheit mit einem vorhersagbar progressiven Verlauf, die durch einen Kontrollverlust bezüglich des Trinkens gekennzeichnet ist und durch eine bereits vorher bestehende biologische Anomalie verursacht wird. [...] Trotz seiner Mehrdeutigkeit wird mit dem Begriff des Alkoholismus als einer diagnostischen und deskriptiven Bezeichnung auch weiterhin gearbeitet. Zum Beispiel definierte 1990 die Amerikanische Gesellschaft für Suchtmedizin den Alkoholismus als „eine primär chronische Erkrankung, deren Entwicklung und Manifestationsform durch genetische, psychosoziale und Umgebungsfaktoren beeinflusst wird. Die Erkrankung ist zumeist progressiv und verläuft ungünstig. Sie ist durch folgende kontinuierliche oder periodische Kriterien gekennzeichnet: beeinträchtigte Kontrolle über das Trinken, andauernde Beschäftigung mit der Droge Alkohol, Alkoholkonsum trotz nachteiliger Folgen und Störungen bzw. Verzerrungen des Denkens, am bedeutsamsten das Verleugnen.“ [...]“⁴¹⁸.

Es gab insgesamt sieben Patientinnen und Patienten bei denen Alkoholismus diagnostiziert wurde und die deswegen zunächst in die Valduna Rankweil und anschließend in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol eingewiesen wurden⁴¹⁹. Ein Patient wurde zusätzlich noch als schizoider Psychopath eingestuft⁴²⁰. Bei einem weiteren Patient geht aus der Krankenakte hervor, dass eine frühere Einweisung aufgrund von Alkoholismus geschah, wohingegen man bei dieser Einweisung Demenz als Grund angab⁴²¹. Bei einem dritten Patient wurde auch noch eine Schizophrenie vermutet⁴²².

⁴¹⁸ Dilling, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 11f.

⁴¹⁹ HA LKH HiT (P) KA Sabina Z., Maria G., Anna P., Heinrich E., Johann S., Peter S., Rudolf Ö.

⁴²⁰ HA LKH HiT (P) KA Heinrich E.

⁴²¹ HA LKH HiT (P) KA Johann S.

⁴²² HA LKH HiT (P) KA Rudolf Ö.

5.1.2.5. Epilepsie

Der Begriff Epilepsie beschreibt „paroxysmale Funktionsstörungen des Gehirns mit exzessiver Neuronenentladung, die zu wiederholten Anfällen unterschiedlicher Art führen: Anfallsleiden, Fallsucht. Häufigkeit: etwa 0,5% der Bevölkerung leiden unter einem Anfallsleiden, 5% haben einmal in ihrem Leben einen epileptischen Anfall. Bei der Verursachung können endogene (sog. Genuine Epilepsie) und exogene Ursachen (z.B. Alkoholmissbrauch) eine Rolle spielen. Klinisch kann man je nach Lokalisation des Herdes unterschiedliche fokale, lokalisationsbezogene und generalisierte Anfälle unterscheiden. Die Anfälle können mit Bewusstseinsverlust (als reine Absencen oder als „große“ tonisch-klonische Anfälle), aber auch bei erhaltenem Bewusstsein ablaufen“⁴²³.

Zwei PatientInnen wurden aufgrund dieser Diagnose in die Anstalten eingewiesen⁴²⁴. Einer davon war zusätzlich noch an Demenz erkrankt⁴²⁵.

5.1.2.6. Progressive Paralyse

Dieser Ausdruck beschreibt „eine späte Form der Neurosyphilis, die infolge parenchymatöser Läsionen im Zentralnervensystem entsteht. Etwa 10 Jahre oder später nach der Infektion können Symptome auftreten wie Müdigkeit, Lethargie, Kopfschmerzen und Stimmungsveränderungen. Häufigkeit bei 8-10% der Infizierten. Später folgt eine progressive Demenz, die zunächst von einem vielfältigen psychotischen Bild, von Größenwahn, Depression oder Paranoia begleitet sein kann. Neurologische Symptome wie Störung der Pupillenreaktionen, Tremor, Dysarthrie, Reflexveränderung und Ataxie sind typisch. Positive serologische Werte und charakteristische Veränderungen im Liquor bestätigen die Diagnose. Ohne Behandlung (Antibiotika) schreitet die Krankheit fort und führt innerhalb von 5

⁴²³ Horst *Dilling* (Hg.), Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Bern 2009), 63

⁴²⁴ HA LKH HiT (P) KA Karolina F., Johann B.

⁴²⁵ HA LKH HiT (P) KA Johann B.

Jahren zum Tode. Die progressive Paralyse Jugendlicher ist eine Form von kongenitaler Syphilis, bei der das klinische Bild meist vor dem Lebensalter von 10 Jahren auftritt⁴²⁶.

Von dieser Krankheit war eine Patientin betroffen und wurde deshalb eingewiesen⁴²⁷.

5.1.2.7. Parkinson-Krankheit, Parkinsonismus:

Parkinson ist „eine neurologische, zuerst von Parkinson (1755-1824) beschriebene Krankheit mit Degeneration der Basalganglien, besonders der Substantia nigra. Klinisch zeigen sich muskuläre Rigidität, Bradykinesie, Tremor und Haltungstörungen („Akinese, Rigor, Tremor“). Verursachung idiopathisch, infektiös oder toxisch, aber auch durch eine Reihe von pathologischen Prozessen, die das Zentralnervensystem betreffen, z.B. vaskulären Erkrankungen. Parkinsonismus kann auch durch Medikamente, besonders Neuroleptika, entstehen, welche Dopaminrezeptoren in den Basalganglien blockieren“⁴²⁸.

An Parkinsonismus war ein Patient erkrankt⁴²⁹.

⁴²⁶ Horst *Dilling* (Hg.), Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Bern 2009), 142f.

⁴²⁷ HA LKH HiT (P) KA Regina A.

⁴²⁸ Horst *Dilling* (Hg.), Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Bern 2009), 131

⁴²⁹ HA LKH HiT (P) KA Josef F.

5.1.2.8. Depression, Bipolare affektive Störung, manisch-depressives Irresein:

Der Begriff Depression beschreibt „in der Laienterminologie ein Zustand von gedrückter Stimmung, Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit, der eine schlechte Gesundheitsverfassung anzeigen kann. Im medizinischen Kontext bezieht sich dieser Zustand, der durch Verschlechterung der Stimmung dominiert wird, häufig begleitet von einer Reihe assoziierter Symptome, besonders Angst, Agitiertheit, Gefühle der Wertlosigkeit, Suizidgedanken, herabgesetzter Willensantrieb (Hypobulie), psychomotorische Gehemmtheit sowie verschiedene somatische Symptome und körperliche Funktionsstörungen (z.B. Schlaflosigkeit). Als ein Symptom oder Syndrom dominiert die Depression in verschiedenen Kategorien. Der Begriff wird weit und manchmal zu unpräzise benutzt, um ein Symptom, ein Syndrom oder eine Krankheit zu bezeichnen“⁴³⁰.

Eine bipolare affektive Störung ist „eine durch zwei oder mehr Episoden charakterisierte Störung, in denen die Stimmung und das Aktivitätsniveau des Patienten deutlich gestört sind. Bei dieser Störung kommt es zu einerseits zu Episoden mit gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität, zum anderen zu Episoden von gedrückter Stimmung mit vermindertem Antrieb“⁴³¹.

Der Begriff manisch-depressives Irresein „wurde zuerst von von Emil Kraepelin (1856-1926) in der 6. Auflage seines Lehrbuches (1899) benutzt, um ein nosologisches Konzept zu beschreiben, das die früheren des zirkulären Irreseins, der periodischen Manie und der periodischen Melancholie ersetzte. – Diesem historischen Begriff entspricht in der ICD-10 das operationale Konzept der bipolaren Störung“⁴³².

Zwei Patienten wurden mit Depressionen diagnostiziert. Bei einem dieser beiden Patienten war man sich allerdings, nicht sicher ob bei ihm nicht auch eine Schizophrenie bestand, was mit einem Fragezeichen auf seinem Aufnahmebogen

⁴³⁰ Horst Dilling (Hg.), Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Bern 2009), 46

⁴³¹ Dilling, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 4f.

⁴³² Dilling, Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 113

gekennzeichnet wurde⁴³³. Der zweite Patient mit Depressionen war manisch-depressiv, was heute als affektive bipolare Störung bezeichnet wird. Außerdem war er auch Alkoholiker⁴³⁴.

5.1.2.9. Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)

„Bei der ALS erkranken die Vorderhornzellen im Rückenmark und die motorischen Hirnnervenkerne im unteren Teil des Hirnstamms. Nervenimpulse die vom Gehirn ausgehen können so nicht mehr zur Muskulatur weitergeleitet werden. Die Kontrolle über die Muskulatur geht verloren. Da die entsprechenden Muskelzellen nicht mehr benutzt werden können, schrumpfen sie. Der Name beschreibt die Degeneration von motorischen Nervenfasern, die vom Gehirn ins Rückenmark ziehen mit Verlust von myelinisierten Nervenfasern und einer Gliose. Die Schädigung ist meist am ausgeprägtesten im unteren Rückenmark betrifft aber auch den Hirnstamm und sogar die Capsula interna. Die Veränderungen zeigen sich deutlich in den motorischen Vorderwurzeln des Rückenmarkes, wären die hinteren für die Sensibilität zuständigen Wurzeln intakt bleiben. Auch nicht mit den Lähmungen zusammenhängende Hirngebiete werden geschädigt. [...] Symptome: Schwäche und Atrophie der Muskeln, Faszikulationen und Muskelkrämpfe, Spastik, Dysarthrie, Dysphagie, Dyspnoe, emotionale Labilität. Wenn 30-50 % der Nervenzellen geschädigt sind, kommt es zu Muskelschwäche und Muskelschwund. Die gelähmten Muskeln scheinen dabei manchmal recht lebendig, da es bei dieser Erkrankung häufig zu unwillkürlichen Muskelzuckungen (Faszikulationen) oder wenn es die Zunge betrifft zu Fibrillationen kommt“⁴³⁵.

Es gab einen Patienten, der aufgrund von ALS in die Anstalt eingewiesen wurde⁴³⁶.

⁴³³ HA LKH HiT (P) KA Ludwig B.

⁴³⁴ HA LKH HiT (P) KA Rudolf Ö.

⁴³⁵ Karl C. Mayer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), in: neuro24, 26.10.2008, online unter: <<http://www.neuro24.de/als.htm>> (15.05.2012)

⁴³⁶ HA LKH HiT (P) KA Armin H.

5.1.2.10. Ohne geistige Störung

Tatsächlich gibt es von den insgesamt 64 Patientinnen und Patienten auch zwei Betroffene mit dem Verweis „ohne geistige Störung“. Bei einem dieser Patienten wurde zunächst festgehalten, dass er unter keiner geistigen Störung litt. Allerdings wurde etwas später in seiner Krankenakte „Schwachsinn angeboren“ nachgetragen⁴³⁷.

Der Fall des zweiten Patienten ist sehr interessant, da zunächst auch in der Heil und Pflegeanstalt Hall in Tirol Verwirrung über die Ursachen der Einweisung bestand. Deswegen, sowie aufgrund der Taubheit des Mannes, wurde dessen Familie aufgefordert der Anstalt mitzuteilen, aus welchen Beweggründen er zunächst in die Valduna Rankweil und später in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol eingewiesen wurde⁴³⁸. Schlussendlich konnte der Patient, der das Lippenlesen gelernt hatte, selber Angaben machen, weshalb er sich in der Anstalt befand: Zuerst hatte er durch ein Leiden das Gehör verloren. Danach verletzte er sich am rechten Arm, woraufhin dieser sowie die Finger an der rechten Hand versteiften. Außerdem wurde er mehrmals an einem Fuß operiert, was ihm das Laufen stark erschwerte. Er war verwitwet, hatte zwar er zwei Kinder, doch diese konnten sich nicht um ihn kümmern⁴³⁹. Er wurde am 01. März 1941 aus einem Versorgungshaus aus in die Valduna Rankweil eingewiesen und am 24. März 1941 mit dem zweiten Sondertransport in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol überwiesen⁴⁴⁰. Auf Anfrage der Tochter weshalb ihr Vater ins Tirol überwiesen wurde, antwortete die Anstalt in einem Brief: „[...] Die Ursache, warum er hierhergekommen ist, dürfte wohl darin liegen, dass verschiedene Versorgungshäuser in Vorarlberg geleert wurden und die dort befindlichen Patienten in die Anstalt nach Valduna überstellt worden sind, um dann gemeinsam in die hiesige Anstalt gebracht zu werden. [...]“⁴⁴¹.

Dieser Abschnitt zeigt deutlich die heterogene Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten. Die Krankheiten oder Diagnosen, die zu einer Einweisung in eine

⁴³⁷ HA LKH HiT (P) KA Johann M.

⁴³⁸ HA LKH HiT (P) KA Franz R.

⁴³⁹ HA LKH HiT (P) KA Franz R.

⁴⁴⁰ HA LKH HiT (P) VA 2360/6

⁴⁴¹ HA LKH HiT (P) KA Franz R., Brief an die Tochter des Patienten vom 18.03.1941

psychiatrische Anstalt führten, waren sowohl psychischer, körperlicher als auch neurologischer Natur.

5.1.3. Todesursachen

Es gibt eine Reihe von verschiedenen Todesursachen, die in den Akten der Patientinnen und Patienten angegeben wurden. Bei manchen gab man nur einen Grund an, bei anderen hingegen wurden mehrere Gründe für den Tod der Patientinnen und Patienten angegeben.

5.1.3.1. Marasmus, Marasmus Senilis

Marasmus bezeichnet den „allgemeinen Verfall, Kräfteschwund. Es wird meist als Marasmus Senilis bezeichnet (Altersmarasmus). Marasmus des Kindesalters: hochgradige Unterernährung; führt zum Tode, wenn das Körpergewicht auf etwas die Hälfte des Sollwertes abgesunken ist“⁴⁴². Weiters wird Marasmus auch noch genauer als „ein über Monate und Jahre ablaufender Auszehrungs- und Entkräftungsprozess“ definiert⁴⁴³.

Insgesamt gibt es 19 Patientinnen und Patienten, die laut Akten nur an einer dieser Krankheiten verstarben. Bei 12 von diesen Personen wurde als Todesgrund Marasmus Senilis angegeben⁴⁴⁴. Wenn man das Alter zum jeweiligen Todeszeitpunkt dieser betrachtet, leuchtet die Todesursache durchaus ein. Allerdings wurde bei acht Personen lediglich Marasmus als Todesursache angegeben, was auf die Auszehrung der Patientinnen und Patienten hindeuten würde⁴⁴⁵. Wenn man das Alter dieser Personen betrachtet, würde auch diese Todesursache vermutlich zutreffen, da bis auf

⁴⁴² Maxim Zetkin, Herbert Schaldach (Hg.), Lexikon der Medizin, (16., neu bearbeitete Auflage; bearbeitet von der Lexikonredaktion des Verlages unter der Leitung von Thomas Ludewig, Wiesbaden 1999), 1240

⁴⁴³ Michael Bindig, Norbert Boss, Dagmar Reiche, Günter Wangerin, Roche Lexikon Medizin, (Fünfte, neu bearbeitete und erweiterte Auflage, München / Jena 2003), 1174

⁴⁴⁴ HA LKH HiT (P) VA 2173/6, 2367/6, 2370/6, 2296/6, 2140/6, 2151/6, 2165/6, 2184/6, 2206/6, 2353/6

⁴⁴⁵ HA LKH HiT (P) VA 2127/6, 2350/6, 2166/6, 2210/6, 2323/6, 2338/6, 2360/6, 2369/6

drei Personen⁴⁴⁶ alle Anderen zum Zeitpunkt ihres Todes unter 70 Jahren waren. Es ist jedoch auch möglich, dass es sich bei der Angabe von Marasmus allerdings auch um Marasmus Senilis gehandelt hat, was auf eine mögliche Schlamperei des Eintragenden zurückzuführen wäre.

5.1.3.2. Pneumonie

Eine Pneumonie bedeutet die „Entzündung des Lungenparenchyms, hervorgerufen durch Bakterien, Viren, Protozoen und allergischen Schädigungen [...] Symptome: Fiber, Husten, Auswurf, thorakale Schmerzen, Krankheitsgefühl, Dyspnoe, Zyanose können sehr unterschiedlich ausgebildet sein. Die Lungenfunktion zeigt eine Störung des Ventilations-Perfusions-Verhältnisses, eine Verminderung der Vitalkapazität, ein Hyperventilation, eine Hypoxie und oft eine respirale Insuffizienz [...]“⁴⁴⁷. Pneumonien gehören zu den häufigsten zum Tode führenden Infektionskrankheiten in Industrieländern und weltweit sogar auf Platz 3⁴⁴⁸.

Laut den Akten gab es fünf Männer⁴⁴⁹ und drei Frauen⁴⁵⁰, die an den unterschiedlichsten Arten von Pneumonien starben. Auch bei diesen wurde die Pneumonie als einzige Todesursache angeführt.

5.1.3.3. Lungentuberkulose, TBC

Der Begriff Lungentuberkulose beschreibt „ das Lungenparenchym, die pulmonalen Lymphwege, die Pleura und den Bronchialbaum betreffende, durch Tuberkulosebakterien hervorgerufene Entzündungszustände. Der Tuberkuloseablauf im Organismus lässt bestimmte Gesetzmäßigkeiten erkennen, die zur Einteilung der Lungentuberkulose in Stadien Anlass waren. [...] Die Erwachsenentuberkulose ist also

⁴⁴⁶ HA LKH HiT (P) VA 2166/6, 2210/6, 2360/6

⁴⁴⁷ *Zetkin / Schaldach*, Lexikon der Medizin, 1592f.

⁴⁴⁸ Gerd *Herold* (Hg.), Innere Medizin. Eine vorlesungsorientierte Darstellung. Unter Berücksichtigung des Gegenstandskatalogs für die Ärztliche Prüfung. Mit ICD 10-Schlüssel im Text und Stichwortverzeichnis, (Köln 2012), 365

⁴⁴⁹ HA LKH HiT (P) VA 2192/6, 2185/6, 2443/6, 2332/6, 2199/6

⁴⁵⁰ HA LKH HiT (P) VA 2106/6, 2146/6, 2118/6

fast immer die Fortsetzung des in der Kindheit begonnen Tuberkulosegeschehens. Echte Neuinfektionen sind deshalb im Erwachsenenalter selten, es handelt sich fast ausschließlich um Exazerbationstuberkulosen, die sich sowohl aus einem Primärkomplex und aus einer abgeheilten hämatogenen Generalisation als auch aus einer abgeheilten isolierten Organtuberkulose entwickeln können. Im Greisenalter kann die Tuberkulose wegen der ungünstigen Immunitätslage besonders schwer und zum Teil ähnlich einer Primärtuberkulose verlaufen. [...]⁴⁵¹.

Einer Lungentuberkulose oder einer anderen Form von Tuberkulose erlagen laut Akten neun Patientinnen und Patienten. Sieben dieser Personen waren jünger als 50 Jahre zum Zeitpunkt ihres Todes⁴⁵². Die anderen beiden Patienten waren zwischen 50 und 70 Jahren alt, als sie verstarben⁴⁵³.

5.1.3.4. Sonstige Todesursachen

Neben diesen drei angeführten Todesarten, an denen jeweils die meisten Patienten starben, gab es noch einige weitere angegebene Gründe für den Tod der Patientinnen und Patienten.

So gibt es drei Patienten, die aufgrund von Herzproblemen gestorben sind. Dabei wurde entweder Herzschwäche⁴⁵⁴, Herzlähmung⁴⁵⁵ oder Herzmuskelentartung⁴⁵⁶ als Todesursache angegeben. Bei einer Frau wurde die Todesursache als „Insuf. Cord.“ angegeben, was für die Abkürzung von Herzinsuffizienz ist⁴⁵⁷. Weiters gab es noch einen Patienten bei dem sowohl Herzschwäche als auch eine Herzmuskelentartung als Todesursache angegeben wurde⁴⁵⁸.

⁴⁵¹ Zetkin / Schaldach, Lexikon der Medizin, 1204

⁴⁵² HA LKH HiT (P) VA 2191/6, 2212/6, 2176/6, 3672/6, 2326/6, 2241/6, 2211/6

⁴⁵³ HA LKH HiT (P) VA 2352/6, 2158/6

⁴⁵⁴ HA LKH HiT (P) VA 2355/6

⁴⁵⁵ HA LKH HiT (P) VA 2358/6

⁴⁵⁶ HA LKH HiT (P) VA 2219/6

⁴⁵⁷ HA LKH HiT (P) VA 2150/6

⁴⁵⁸ HA LKH HiT (P) VA 2159/6

Enteritis ist eine weitere Todesursache die mehrmals angegeben wurde. Bei einer Enteritis handelt es sich um eine „entzündliche Erkrankung des Darms, im engeren Sinn des Dünndarms. Durchfälle, Erbrechen, Übelkeit, Fieber, Abgeschlagenheit, eventuell krampfende Schmerzen sind Beschwerden“⁴⁵⁹. An dieser Krankheit verstarben, laut Akten, insgesamt drei Personen⁴⁶⁰.

Die Todesursache einer weiteren Person wird mit Sepsis angegeben⁴⁶¹. Dabei handelt es sich um eine „mit schweren Krankheitserscheinungen einhergehende Allgemeininfektion („Blutvergiftung“), die an einen mit der Lymph-Blut-Bahn kommunizierenden Erregerherd gebunden ist, von dem permanent oder intermittierend Krankheitserreger ins Blut gestreut werden“⁴⁶².

Als eine weitere Todesursache wurde eine Perforationsperitonitis genannt. Dabei handelt es sich um eine „örtlich begrenzte oder das ganze Bauchfell erfassende Entzündung infolge der Perforation eines Hohlorgans“⁴⁶³. Diese Ursache wurde bei einer Person angegeben⁴⁶⁴.

Die letzte Patientin, bei der nur eine einzige Todesursache in der Akte angegeben wurde, verstarb laut dieser schlichtweg an Erschöpfung⁴⁶⁵. Hier könnte es sich möglicherweise, um einen Marasmus Senilis gehandelt haben, da dies zum einen zum Alter der Frau passen würde, zum anderen wird diese Krankheit, wie bereits erwähnt, als Auszehrungs- und Erschöpfungserscheinung beschrieben.

⁴⁵⁹ Zetkin / Schaldach, Lexikon der Medizin, 545

⁴⁶⁰ HA LKH HiT (P) VA 3491/6, 2194/6, 2366/6

⁴⁶¹ HA LKH HiT (P) VA 2180/6

⁴⁶² Zetkin / Schaldach, Lexikon der Medizin, 1839

⁴⁶³ Perforationperitonitis, in: jameda Deutschlands größte Arzttempfehlung, online unter <http://www.jameda.de/gesundheits-lexikon/perforationsperitonitis/> (16.05.2012)

⁴⁶⁴ HA LKH HiT (P) VA 2349/6

⁴⁶⁵ HA LKH HiT (P) VA 2291/6

5.1.3.5. Zwei oder mehr Todesursachen

Bei insgesamt 17 Patientinnen und Patienten wurden in den Akten mehr als eine Todesursache angegeben. Am häufigsten wird hier Marasmus (Senilis) gemeinsam mit einer Pneumonie genannt. Diese beiden Todesursachen findet man in den Akten von fünf Patientinnen und Patienten⁴⁶⁶.

Bei je einer Patientin⁴⁶⁷ und einem Patienten⁴⁶⁸ findet man die Todesursachen Pneumonie und Tuberkulose.

Ebenfalls, bei zwei weiteren Patientinnen wird eine Pneumonie und Herzinsuffizienz angegeben⁴⁶⁹.

Marasmus und Enteritis sind die in den Akten zu findenden Todesursachen zweier Männer⁴⁷⁰.

Bei jeweils einem Patienten wird als Todesursache Herzmuskelschwäche und Rotlauf⁴⁷¹ sowie eine Pneumonie und Marasmus Senilis⁴⁷² angeführt.

Insgesamt bei vier Patientinnen und Patienten wurden sogar drei Gründe für das Ableben angegeben. Dabei sind je einmal eine Pneumonie, Enteritis und Herzinsuffizienz⁴⁷³, eine Pneumonie, Herzinsuffizienz und Schlaganfall⁴⁷⁴, Marasmus Senilis, eine Pneumonie und Herzinsuffizienz⁴⁷⁵ sowie eine Herzmuskeltentartung, Marasmus Senilis und eine Herzmuskelentzündung⁴⁷⁶ in den Akten als Todesursachen zu finden.

⁴⁶⁶ HA LKH HiT (P) VA 2108/6, 2152/6, 2287/6, 2336/6, 2342/6, KA Kreszenz B., Johann A., Regina A., Anton D., Gebhard F.

⁴⁶⁷ HA LKH HiT (P) VA 2292/6, KA Martina B.

⁴⁶⁸ HA LKH HiT (P) VA 2175/6, KA Anton H.

⁴⁶⁹ HA LKH HiT (P) VA 2117/6, 2132/6, KA Agatha G., Agatha L.

⁴⁷⁰ HA LKH HiT (P) VA 2200/6, 3473/6, KA Alois P., Adolf S.

⁴⁷¹ HA LKH HiT (P) VA 2341/6, KA Bartholomäus F.

⁴⁷² HA LKH HiT (P) VA 2204/6, KA Josef R.

⁴⁷³ HA LKH HiT (P) VA 2114/6, KA Karolina F.

⁴⁷⁴ HA LKH HiT (P) VA 2134/6, KA Franziska M.

⁴⁷⁵ HA LKH HiT (P) VA 2294/6, KA Katharina B.

⁴⁷⁶ HA LKH HiT (P) VA 2163/6, Johann B.

5.1.4 Gewichtsverlust

Schon bei der ersten Durchsicht der Akten war auffallend, wie hoch der Gewichtsverlust bei einem großen Teil der Patientinnen und Patienten war. Lediglich in den Krankenakten von zwei Patienten ist eine Gewichtszunahme zum Zeitpunkt des Todes festzustellen⁴⁷⁷. Außerdem ließ sich feststellen, dass bei sieben Patientinnen und Patienten keine Angaben zu ihrem Körpergewicht, kurz vor ihrem Tod, zu finden sind. Vier von diesen verstarben bereits nach nur kurzer Zeit in der Anstalt im Jahr 1941⁴⁷⁸, weitere zwei Patienten im Jahr 1942⁴⁷⁹ und eine weitere Patientin im Jahr 1943⁴⁸⁰. Weiters gab es auch fünf Patienten, die zum Zeitpunkt ihres Todes gleich viel Kilogramm wogen, wie zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in Hall. Vier dieser Patienten verstarben bereits 1941⁴⁸¹ und ein weiterer Patient im Jahr 1942⁴⁸².

Die restlichen Patientinnen und Patienten nahmen alle während ihrer Zeit in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol Gewicht ab. Um dies besser darzustellen teilte ich sie in sieben verschiedene Gruppen auf. Daraus resultierte folgende Aufstellung:

⁴⁷⁷ HA LKH HiT (P) KA Johann M., Nikolaus G.

⁴⁷⁸ HA LKH HiT (P) KA Anna B., Agatha G., Karoline S., Valentin B.

⁴⁷⁹ HA LKH HiT (P) KA Ludwig B., Anton Z.

⁴⁸⁰ HA LKH HiT (P) KA Anna P.

⁴⁸¹ HA LKH HiT (P) KA Kreszenz B., Karl H., Josef R., Bartholomäus F.

⁴⁸² HA LKH HiT (P) KA Johann B.

Gewichtsverlust in Kg	Tote insgesamt	Männer	Frauen
1-5 kg	13	8 ⁴⁸³	5 ⁴⁸⁴
6-10 kg	8	4 ⁴⁸⁵	4 ⁴⁸⁶
11-15 kg	14	12 ⁴⁸⁷	2 ⁴⁸⁸
16-20 kg	6	5 ⁴⁸⁹	1 ⁴⁹⁰
21-25 kg	7	7 ⁴⁹¹	0
26-30 kg	1	0	1 ⁴⁹²
mehr als 30 kg	1	1 ⁴⁹³	0

Es ist auch noch wichtig hinzuzufügen, dass es insgesamt neun Männer gab, die während ihrer Zeit in der Anstalt zwischendurch auch an Gewicht zunahmen, bevor sie dieses wieder verloren⁴⁹⁴. Außerdem gab es auch noch drei weitere Männer, die zwischendurch weniger wogen, als zum Zeitpunkt ihres Todes⁴⁹⁵.

Betrachtet man nun das letzte erhobene Gewicht, bei denjenigen Patientinnen und Patienten bei denen in den Krankenakten Angaben zu finden sind, ergibt sich folgendes Bild:

⁴⁸³ HA LKH HiT (P) KA Johann A., Anton M., Franz G., Leo M., Otto S., Anton W., Josef S., Paul V.

⁴⁸⁴ HA LKH HiT (P) KA Sabina Z., Regina A., Rosa B., Martina B., Katharina B.

⁴⁸⁵ HA LKH HiT (P) KA Josef P., Armin H., Karl A., Johann S.

⁴⁸⁶ HA LKH HiT (P) KA Karolina F., Katharina B., Rosa K., Lucie R.

⁴⁸⁷ HA LKH HiT (P) KA Robert D., Otto W., Gebhard D., Josef F., Sebastian D., Heinrich E., Alois P., Otto D., Viktor K., Rudolf Ö., Franz R., Anton W.

⁴⁸⁸ HA LKH HiT (P) KA Agatha L., Franziska M.

⁴⁸⁹ HA LKH HiT (P) KA Anton D., Eduard L., Johann H., Peter S., Martin H.

⁴⁹⁰ HA LKH HiT (P) KA Maria G.

⁴⁹¹ HA LKH HiT (P) KA Ludwig B., Anton H., Oscar H., Hermann M., Gebhard F., Alois K., Adolf S.

⁴⁹² HA LKH HiT (P) KA Maria S.

⁴⁹³ HA LKH HiT (P) KA Gottlieb L.

⁴⁹⁴ HA LKH HiT (P) KA Karl H., Johann B., Otto S., Gottlieb L., Josef S., Otto W., Karl A., Johann S., Alois K.

⁴⁹⁵ HA LKH HiT (P) KA Gebhard D., Paul V., Nikolaus G.

letztes erhobenes Gewicht	Tote insgesamt	Männer	Frauen
unter 80 kg	2	2 ⁴⁹⁶	0
unter 70 kg	4	4 ⁴⁹⁷	0
unter 60 kg	13	10 ⁴⁹⁸	3 ⁴⁹⁹
unter 50 kg	30	24 ⁵⁰⁰	6 ⁵⁰¹
unter 40 kg	7	4 ⁵⁰²	3 ⁵⁰³
unter 30 kg	1	0	1 ⁵⁰⁴

5.1.4.1 Exkurs: Hungersterben in der Psychiatrie

Die Versorgung von Geisteskranken war für die Nationalsozialisten nicht nur eine lästige, weil äußerst kostspielige Pflicht, sondern wurde schon die bloße Existenz dieser zur Gefahr für die Volksgemeinschaft erklärt⁵⁰⁵. Der Beginn des Zweiten Weltkrieges führte, genauso wie im Ersten Weltkrieg, zu empfindlichen Veränderungen für die Heil- und Pflegeanstalten. Mit dem Kriegsbeginn 1939 begann auch eine Art von „Krieg nach innen“ gegen alle Menschen, die von den Nationalsozialisten als „unnütze Esser“ angesehen wurden⁵⁰⁶.

Im Gegensatz zu ihren Vorgängern im Ersten Weltkrieg hatten die Nationalsozialisten erkannt, dass die Versorgung der Zivilbevölkerung sehr wichtig war. Hitler wollte Deutschland von Importen unabhängig machen und verfügte im Jahr 1939 über etwa sechs Millionen Tonnen Getreide, welches von Kriegsbeginn an rationiert wurde⁵⁰⁷. Um die Nahrungsmittelproduktion durchgehend am Laufen zu lassen, wurden

⁴⁹⁶ HA LKH HiT (P) KA Josef P., Nikolaus G.

⁴⁹⁷ HA LKH HiT (P) KA Otto S., Josef F., Paul V., Viktor K.

⁴⁹⁸ HA LKH HiT (P) KA Bartholomäus F., Leo M., Anton D., Gottlieb L., Sebastian D., Heinrich E., Otto D., Johann M., Rudolf Ö., Franz R.

⁴⁹⁹ HA LKH HiT (P) KA Sabina Z., Rosa B., Franziska M.

⁵⁰⁰ HA LKH HiT (P) KA Kreszenz B., Johann A., Karl H., Anton M., Josef R., Johann B., Franz G., Anton W., Anton H., Josef S., Armin H., Robert D., Otto W., Karl A., Oscar H., Eduard L., Johann S., Johann H., Johann S., Alois P., Peter S., Gebhard F., Alois K., Anton W., Martin H.

⁵⁰¹ HA LKH HiT (P) KA Regina A., Agatha L., Katharina B., Maria G., Lucie R., Maria S.

⁵⁰² HA LKH HiT (P) KA Ludwig B., Gebhard D., Hermann M., Adolf S.

⁵⁰³ HA LKH HiT (P) KA Karolina F., Katharina B., Rosa K.

⁵⁰⁴ HA LKH HiT (P) KA Martina B.

⁵⁰⁵ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 101

⁵⁰⁶ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 241

⁵⁰⁷ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 241f.

zunehmend Kriegsgefangene zu Zwangsarbeit verpflichtet, was gleichzeitig auch den Beginn der Ausbeutung der unterworfenen Völker markiert⁵⁰⁸.

Am 15. Februar 1940 veröffentlichte das Reichsernährungsministerium einen Erlass über die Lebensmittelversorgung von Krankenanstalten, in dem die Zuschläge für die einzelnen Einrichtungen genau festgelegt waren. Ausgenommen waren sonstige Fachanstalten, Krüppelheilanstalten, Anstalten für chronisch Kranke und Sieche sowie Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke, Epileptiker usw., Anstalten für Schwachsinnige und Krankenabteilungen für Gefangenenanstalten⁵⁰⁹. Außerdem wurde vom Reichsinnenministerium auch die Vernichtung von Kranken erwägt, um die Lebensmittelversorgung der Gesamtbevölkerung zu gewährleisten⁵¹⁰. Schließlich begann im Jahr 1940 die „Aktion T4“, die organisierte Ermordung von Behinderten Menschen durch Ärzte- und Pflegepersonal, was die seit 1939 ohnehin schon angestiegenen Sterberaten noch mehr wachsen ließ⁵¹¹.

Nach der Einstellung der „Aktion T4“ versuchte man bereits begonnene Maßnahmen zur Kosteneinsparung neu zu ordnen und auszubauen sowie ein Fundament für eine euthanasiebegleitende Forschung zu legen⁵¹². Am 23. Oktober 1941 wurde schließlich Dr. Herbert Linden zum Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten ernannt und somit dazu ermächtigt die notwendigen Maßnahmen in diesem Bereich zu treffen⁵¹³. Noch im selben Jahr gab Dietrich Allers, der Geschäftsführer der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten, einen Plan zur Zentralen Abrechnung der Unterhalts- und Verpflegungskosten in Auftrag, welcher allerdings erst 1943 vorlag⁵¹⁴.

1941 kam es schließlich erstmals zu ernststen Nahrungsmittelengpässen und so mussten die Lebensmittelrationen gekürzt werden. Die Versorgung war in den Jahren zuvor durch die Ausbeutung der besetzten Gebiete gewährleistet worden⁵¹⁵. Bereits 1942 folgte mit dem nächsten Engpass eine erneute Kürzung der Lebensmittelrationen. Mit

⁵⁰⁸ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 242f.

⁵⁰⁹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 243

⁵¹⁰ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 244

⁵¹¹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 244

⁵¹² *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 290

⁵¹³ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 293f.

⁵¹⁴ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 294f.

⁵¹⁵ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 301f.

den immer größeren Verlusten von Ostgebieten an die Russen 1944 wurde die Ernährungsgrundlage für die Deutschen zusehends minimiert⁵¹⁶.

Für die Patientinnen und Patienten der Heil- und Pflegeanstalten, die ohnehin schon weniger Nahrung als die Allgemeinbevölkerung bekam, bedeutete der Kriegsbeginn eine weitere Verschlechterung ihrer Versorgung⁵¹⁷. Diese Verschlechterung äußerte sich in drei Stufen: Reduzierte Kriegskost, geteilte Kost für Arbeitende und Nichtarbeitende (ab 1942) und Mord durch Nahrungsentzug und medikamentöse Vergiftung.

Wie bereits erwähnt, wurde vom ersten Kriegstag an die Lebensmittelverteilung rationiert. Dies hatte zur Folge, dass aufgrund dieser Kriegssparmaßnahmen die Ausgaben für die Heil- und Pflegeanstalten drastisch gesenkt wurden⁵¹⁸. An den erhöhten Sterberaten der Anstalten ist zu sehen, dass bereits 1939 und 1940 deutlich mehr Kranke an den Folgen von Unterernährung starben⁵¹⁹. Faulstich weist auch auf die Todesfälle in den Zwischenanstalten während der „Aktion T4“ hin, die ihn schließen ließen, dass man den dort vorübergehend untergebrachten Patientinnen und Patienten eine annehmbare Versorgung vorenthielt. Weiters sieht er Anzeichen für eine fortsetzende Aushungerung dieser Kranken nach dem Ende der Aktion⁵²⁰.

In Folge erneuter allgemeiner Lebensmittelsenkungen im Jahr 1941 stiegen die Zahlen der Toten in den Anstalten drastisch an⁵²¹. Erst 1942 konnten die Lebensmittelrationen wieder erhöht werden⁵²². In vielen Anstalten gab es Patientinnen und Patienten, die auf den Anstaltshöfen arbeiteten und somit zur Aufrechterhaltung des Anstaltsbetriebes beitrugen. Da diese eine bessere Ernährung benötigten, ist sich Faulstich ziemlich sicher, dass dies auf Kosten der nicht arbeitenden Patientinnen und Patienten geschah. Seiner Meinung nach kann man nur so die erhöhten Sterberaten des Jahres 1942 erklären⁵²³. So erhöhte man vermutlich die Kalorien pro Tag der arbeitenden Kranken auf 2500 – 2800, während man jene der nichtarbeitenden Kranken auf 1000 – 1300 Kalorien pro Tag senkte⁵²⁴.

⁵¹⁶ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 303

⁵¹⁷ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 634

⁵¹⁸ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 634

⁵¹⁹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 637

⁵²⁰ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 638

⁵²¹ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 639

⁵²² *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 640

⁵²³ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 640ff.

⁵²⁴ *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie, 643

Im Zeitraum der großen Deportationen von Patientinnen und Patienten in andere Anstalten war der Mord durch Nahrungsentzug und Giftinjektionen weit verbreitet. Mit der Erlaubnis von Brandt mittels der Verabreichung von Opiaten nachzuhelfen waren die Voraussetzungen für eine flächenübergreifende „Herabsetzung des Bestandes an Geisteskranken“ geschaffen⁵²⁵. Es gibt nur wenige Zeugenaussagen über die Zustände auf diesen Hungerstationen, jedoch zeichnen diese alle das gleiche elende Bild: zunächst Verzweiflung, erhöhte Erregung bis hin zur völligen Kraftlosigkeit und schließlich der Tod der Patientinnen und Patienten⁵²⁶. Dieses beschriebene Leiden wurde oftmals mit Hilfe von Giftinjektionen „verkürzt“⁵²⁷. Der Anstieg der Sterberaten in den Anstalten im Jahr 1945 zeigt deutlich in welcher auswegloser Kriegssituation sich Deutschland befand. Die Alliierten steigerten ihre Bombenangriffe in beispiellose Dimensionen und schafften es das Transportsystem der Deutschen fast vollständig lahmzulegen. Für die Anstalten hatte dies gravierende Auswirkungen, weshalb das Jahr 1945 die höchsten Todeszahlen aufweist⁵²⁸.

Faulstich kommt schließlich zu folgendem Resümee: bereits in der Vorkriegszeit wurden alle wichtigen Maßnahmen getroffen, um den rassenhygienischen Vorstellungen des NS-Regimes zu entsprechen⁵²⁹. Mit Kriegsbeginn versuchte man den Sparplänen des Reichsfinanzministers nachzukommen, was in der Verringerung der Verpflegung realisiert wurde. Weiters wurden ab 1941 arbeitende Patientinnen und Patienten gegenüber den nicht arbeitenden Kranken bevorzugt und besser verpflegt⁵³⁰. Ab 1943 wurden die Ärzte schließlich bei der Tötung der Patientinnen und Patienten zur Anwendung von Medikamenten ermächtigt, was wohl mit einem Mangel an Bettkapazitäten für die verwundete Zivilbevölkerung als auch die verwundeten Soldaten erklärt werden kann⁵³¹. Schlussendlich nahm 1945 die Sterblichkeit unter den seit langem ausgehungerten Patientinnen und Patienten nochmals erheblich zu, woran man die allgemeine ausweglose Situation Deutschlands zu Kriegsende erkennen kann⁵³².

⁵²⁵ Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie, 646

⁵²⁶ Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie, 647f.

⁵²⁷ Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie, 648f.

⁵²⁸ Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie, 654

⁵²⁹ Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie, 657

⁵³⁰ Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie, 658

⁵³¹ Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie, 659

⁵³² Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie, 660

5.1.5. Der Fall Anton Hagen

Anton Hagen wurde am 03. März 1904 in Lustenau in Vorarlberg, als siebtes von elf Kindern geboren. Nach der Volksschule besuchte er die Handelschule und arbeitete als kaufmännischer Angestellter in seiner Heimatgemeinde Lustenau⁵³³.

Am 08. Mai 1936 wurde er erstmals in die Neurologisch-Psychiatrische Klinik in Innsbruck aufgenommen. Gründe dafür waren in zunehmendem Maße Selbstanklagen sowie Beeinflussungs- und Beeinträchtigungsideen des Mannes. Laut einer Verwandten begannen diese Störungen nach einer „Enttäuschung in der Liebe“⁵³⁴.

Eine seiner Schwestern berichtete damals einem Arzt, dass ihr Bruder früher ein guter Schüler war. Er war zwar schüchtern doch trotzdem immer gesellig. Aufgrund einer angeborenen Hasenscharte hatte er sich aber schon immer minderwertig gefühlt und war Mädchen gegenüber immer sehr schüchtern. Allerdings sei er schon seit seiner Kindheit ein begeisterter Fußballspieler gewesen. Weiters gab sie an, dass ihr, ihr Bruder seit drei bis vier Monaten sehr verändert vorkam. Er hatte sich in eine Mitarbeiterin verliebt, die sich allerdings auch mit anderen Männern einließ. Als er ihr dann Geschenke machte, die er von seiner Arbeitsstelle stahl, veranlasste ihn seine Schwester diese zu bezahlen. Außerdem wurde er, was seine Arbeit betraf, immer nachlässiger und deswegen von seinem Vorgesetzten ermahnt. Laut dem Bericht seiner Schwester fasste Anton das als Versuch auf ihn aus seiner Stellung zu drängen und drohte damit seinen Chef zu erwürgen. Weiters sei er oft zu ihr gekommen und hätte ihr sein Herz ausgeschüttet und gefragt, ob er etwas bei dem Mädchen falsch gemacht habe, da sie ihn fallen gelassen hatte. Außerdem klagte er darüber, dass er deswegen in der ganzen Gemeinde zum Gespött der Leute geworden sei. Weiters gab sie an, dass er seit mehreren Tagen nicht mehr geschlafen habe und bis zu 20 Zigaretten pro Nacht rauchte. Er würde auch immer davon sprechen sich wegen des Mädchens versündigt zu haben, was seiner Schwester große Sorgen bereitete⁵³⁵.

⁵³³ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

⁵³⁴ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen, Abschrift des Einweisungs-Schreibens des Dr. Scharfstetter in Bregenz vom 07.05.1936

⁵³⁵ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen, Abschrift des Einweisungs-Schreibens des Dr. Scharfstetter in Bregenz vom 07.05.1936

Am 02. Juni 1936 wurde Anton Hagen aus der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik in Innsbruck in die Anstalt nach Hall in Tirol überwiesen⁵³⁶. Allerdings wurde er bereits acht Tage später von einem seiner Brüder in häusliche Pflege übernommen⁵³⁷.

Seine Schwägerin, Luise Hagen, gab in einem Interview an, dass Anton daraufhin für 2 Jahre und 6 Monate bettlägerig war und von einer seiner Schwestern gepflegt wurde. Da er die Nahrungsmittelaufnahme verweigerte musste er mittels einer Sonde gefüttert werden. Als seine Schwester dann im oberen Stock Schritte hörte, eilte sie hinauf und sah ihren Bruder durch den Raum laufen. Er gab daraufhin an, dass „es“ sich plötzlich gelöst hatte⁵³⁸. Weiters gab seine Schwägerin an, dass Anton dann fast für ein weiteres Jahr zu Hause war. Eines Morgens kam er auf seine Mutter zu und teilte ihr mit, dass er wohl wieder fort müsse, da er „es“ kaum noch aushalte⁵³⁹. Daraufhin wurde er am 15. September 1939 in die Valduna Rankweil gebracht und blieb dort bis zu seiner Überweisung in die Landes Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol am 08. März 1941⁵⁴⁰.

Anton Hagen kam, wie bereits erwähnt, am 08. März 1941 mit dem ersten großen Sondertransport der Valduna Rankweil in die Landes Heil- und Pflegeanstalt in Hall in Tirol. Dort war er Patient bis zu seinem Tod am 18. Juli 1943⁵⁴¹.

Bereits knapp einen Monat nach seiner Überweisung nach Hall wurde dort mit einer Cadiazzokur begonnen. Das war eine Flüssigkeit, die den Patienten gespritzt wurde und Krampfanfälle auslöste⁵⁴². Aus seiner Krankenakte geht hervor, dass er bereits nach vier solchen Behandlungen einen freieren Eindruck machte. Bereits am 13. Mai 1941 hatte er zehn dieser Cadiazzo-Behandlungen hinter sich. Diese wurde aufgrund von mangelndem Fortschritt allerdings abgebrochen⁵⁴³. Nachdem er sich für einige

⁵³⁶ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen, Abschrift des Einweisungs-Schreibens des Dr. Scharfstetter in Bregenz vom 07.05.1936

⁵³⁷ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen, Aufnahmebogen der Landes Heil- und Pflegeanstalt Hall i. T. vom 08.03.1941

⁵³⁸ Oral History Interview „Tote Lügen Nicht“, 06.04.2011, Lauterach; Interview für Dokumentarfilm „Tote Lügen Nicht“, Interviewer: Heinz Fechner und Bertram Wolf; Aufnahmen im Besitz von Bertram Wolf, Jagdgasse 12b, 6020 Innsbruck, Transkription im Besitz von Bertram Wolf, Jagdgasse 12b, 6020 Innsbruck; S. 1

⁵³⁹ Tote Lügen Nicht, S. 2

⁵⁴⁰ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen, Aufnahmebogen der Landes Heil- und Pflegeanstalt Hall i. T. vom 08.03.1941

⁵⁴¹ HA LKH HiT (P) VA 2175/6, KA Anton Hagen

⁵⁴² HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

⁵⁴³ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

Monate völlig ruhig und unverändert verhielt wurde am 04. Juli 1942 in seiner Krankenakte festgehalten, dass er ohne Anlass auf andere Mitpatienten losging⁵⁴⁴. Bereits zwei Monate später erregte Anton wieder Aufsehen, da er einen Vortrag über Altösterreich und Sport hielt. Daraufhin legte er sich wieder in sein Bett und sprach kein Wort mehr⁵⁴⁵.

Nur kurze Zeit später verschlechterte sich sein Geisteszustand, da er damit begann mit Kot zu schmieren und laut Krankenakte seinen „Kopf und Körper in eigenartiger Weise mit den Bettdecken“ umwickelte. Dennoch wurde auch festgehalten, dass er sonst keine Schwierigkeiten bereitete, selber aß und sich rein hielt⁵⁴⁶. Mitte März 1943 wurde mit einer Elektroschocktherapie begonnen, die aber schon Ende April wieder eingestellt wurde, da sie erfolglos war⁵⁴⁷. Schließlich verstarb Anton Hagen am 18. Juli 1943 an einer Pneumonie und / oder Tuberkulose.

Auch bei Anton Hagen war der Gewichtsverlust während seiner Zeit in Hall sehr stark. Laut seiner Akte wog er bei seiner Aufnahme am 08. März 1941 knapp über 65 kg. Noch bis Juni 1941 blieb sein Gewicht in etwa gleich und fiel bis November auf 59 kg herab. Zwar stieg sein Gewicht im März 1942 auf 62 kg an, doch bereits einen Monat später war es auf 58 kg herabgesunken. Im Januar 1943 war Anton bereits auf 50 kg herab gemagert. Schon im April desselben Jahres wog er wiederum 3,5 Kg weniger. Für die Monate Mai und Juni wurden ebenfalls 46,5 kg angegeben. Im Juli, dem Monat seines Todes, wurde ein letztes Mal sein Gewicht gewogen, welches nur noch 43 kg ausmachte⁵⁴⁸.

Obwohl in seiner Krankenakte immer wieder davon die Rede ist, dass Anton Hagen selbstständig essen konnte und dabei auch nie Probleme machte, nahm er in seiner Zeit in der Anstalt 22 kg ab. Weiters findet man auch in seiner Verwaltungsakte einen Zahlungsrevers an seinen Vater, über die Pflegegebühr von 3 Reichsmark täglich, die natürlich auch die Verpflegung der Patientinnen und Patienten beinhaltete. Außerdem findet man den Akten auch nirgends Hinweise über irgendwelche schweren

⁵⁴⁴ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

⁵⁴⁵ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

⁵⁴⁶ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

⁵⁴⁷ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

⁵⁴⁸ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

körperlichen Betätigungen, die von Anton ausgeführt worden sind und somit zum Gewichtsverlust hätten beitragen können⁵⁴⁹.

Wie bereits erwähnt, gehört Anton Hagen zu den zwei Personen, bei denen ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt wurde. Mit diesem Antrag wurden auch Gutachten zu seinem geistigen und körperlichen Zustand, Schulzeugnisse sowie eine Sippentafel der kompletten blutsverwandten Familie väterlicher- und mütterlicherseits mitgeschickt⁵⁵⁰. Am 14.11.1941 wurde schließlich vom Reichsstatthalter von Tirol und Vorarlberg entschieden Anton Hagen nicht zu sterilisieren. Jedoch wurde in der Nachricht mitgeteilt, dass er nicht aus der Anstalt zu entlassen sei⁵⁵¹.

Die Angehörigen des Anton Hagen blieben während seines Aufenthalts in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol stets in Kontakt mit ihm und besuchten ihn wann immer es für sie möglich war⁵⁵². Auch verlangten sie immer wieder Berichte des ärztlichen Personals über seinen Gesundheitszustand⁵⁵³. Außerdem versuchten sie auch die Anstaltsleitung davon zu überzeugen, Anton in häusliche Pflege zu entlassen, was ihnen nicht gestattet wurde⁵⁵⁴. Als es um die Unfruchtbarmachung Antons ging schrieb sein Vater einen Brief an die Anstalt und sprach sich sehr deutlich gegen die Sterilisation seines Sohnes aus. Er bat auch darum ihn nicht beim Erbgesundheitsgericht zu melden⁵⁵⁵.

Als seine Familie schließlich vom Tod Antons erfuhr und ihnen mitgeteilt wurde, dass seine Beerdigung am 20. Juli 1943 um 14 Uhr in Hall stattfinden würde, waren sie äußerst erschüttert. Da dieser plötzliche Tod in der Familie für Verwirrung sorgte, kamen sie zu dem Schluss das etwas nicht stimmen kann und so beschlossen seine Schwester Paula und seine Schwägerin Luise nach Hall zu fahren, um diesen

⁵⁴⁹ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

⁵⁵⁰ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

⁵⁵¹ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen, Brief des Reichsstatthalters in Tirol und Vorarlberg vom 14.11.1941

⁵⁵² HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

⁵⁵³ HA LKH HiT (P) VA 2175/6

⁵⁵⁴ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen

⁵⁵⁵ HA LKH HiT (P) KA Anton Hagen, HA LKH HiT (P) KA Anton H., Brief des Vaters an die Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkrankheiten Solbad Hall i. Tirol vom 03.04.1941

Vermutungen nachzugehen⁵⁵⁶. Gleich nach der Ankunft in der Anstalt verlangten die Beiden mit einem Arzt zu sprechen. Dieser kam auch umgehend zu ihnen, habe aber einen hochroten Kopf beim Anblick der Angehörigen bekommen. Als sie in baten die Leiche Antons mit nach Hause zu nehmen, verweigerte er dies zunächst mit der Antwort: „Das wird nicht gehen.“⁵⁵⁷ Luise, Antons Schwägerin, war allerdings vor ihrer Ehe Leiterin der Nachrichtenersatzabteilung der Reichswehr in Augsburg gewesen. Sie teilte dem Arzt mit, dass sie sofort einen ehemaligen Vorgesetzten anrufen werde und dass es dann auf keinen Fall ein Problem damit geben würde, ihren Schwager mit nach Hause zu nehmen. Außerdem was sie sich sicher, dass man ihnen bestimmt einen Waggon zur Verfügung stellen würde. Tatsächlich veranlasste ihr ehemaliger Vorgesetzter sofort alles nötige, um den Leichnam nach Vorarlberg überführen zu lassen⁵⁵⁸. Die beiden Frauen wollten aber auch die Leiche ihres Verwandten ansehen, was den Arzt erneut erröten ließ. Trotzdem gestatte er ihnen das und schickte sie mit einem Mann auf den Friedhof. Dieser führte sie zu einem kleinen Hüttchen, in welchem eine ungehobelte Kiste stand. Als sie die Kiste öffneten fiel ihnen sofort der verwahrloste Zustand Antons auf⁵⁵⁹. Schließlich reisten die Frauen wieder zurück nach Vorarlberg und konnten der restlichen Familie von ihrer Reise berichten.

An dem Tag, an dem eigentlich mit der Ankunft des Sarges gerechnet wurde, war dieser allerdings nicht mit ihm Zug, was die Familie veranlasste nochmals nachzufragen. Dies half und schlussendlich wurde die Kiste mit Antons Leichnam zur Familie gebracht⁵⁶⁰. Als sie den Deckel der Kiste öffneten fiel auch der restlichen Familie der desolate Zustand ihres verstorbenen Familienmitglieds auf. Außerdem entdeckten sie am Hals eine fast zwei Zentimeter hohe Narbe, was die Familie zu folgendem Schluss führte: Anton war in der Anstalt nicht eines natürlichen Todes gestorben. Diese Gedanken verstärkten sich noch mehr, da Anton zum Zeitpunkt

⁵⁵⁶ Oral History Interview „Tote Lügen Nicht“, 06.04.2011, Lauterach; Interview für Dokumentarfilm „Tote Lügen Nicht“, Interviewer: Heinz Fechner und Bertram Wolf; Aufnahmen im Besitz von Bertram Wolf, Jagdgasse 12b, 6020 Innsbruck, Transkription im Besitz von Bertram Wolf; Jagdgasse 12b, 6020 Innsbruck; S. 2

⁵⁵⁷ Tote Lügen Nicht, S. 2

⁵⁵⁸ Tote Lügen Nicht, S. 2

⁵⁵⁹ Tote Lügen Nicht, S. 5

⁵⁶⁰ Tote Lügen Nicht, S. 2

seiner Einlieferung körperlich kerngesund war und die Familie auch niemals eine Krankmeldung erhalten hatte⁵⁶¹.

Vor allem die Schwägerin Luise war sich ziemlich schnell sicher, dass es sich bei Anton um einen Fall von Euthanasie handelte und war der Meinung, dass diese Narbe der Beweis für das Injizieren einer Todesspritze war⁵⁶². Weiters begründete sie ihre Überzeugung damit, dass sie in ihrer Zeit in Augsburg als sie für die Reichswehr gearbeitet hatte vieles erfuhr und auch Vorgesetzte das Ein oder Andere erzählt hatten. Ferner erzählte sie, dass es damals sehr schnell mit dem Leute verschwinden voranging. Viele junge Leute gingen am Tag aus dem Haus und kamen am Abend nicht mehr zurück, was sie als „Abräumerei“ bezeichnete. Immer wieder betonte sie ihr Schwager sei „gestorben worden“⁵⁶³. Außerdem wusste sie auch darüber Bescheid, dass Behinderte damals sehr gefährdet waren und erzählte davon immer wieder gehört zu haben, dass man Behinderte abholte und sie nie wieder zurückkamen⁵⁶⁴. Das Alles sind die Gründe, weshalb sich Luise bis zu ihrem Tod sicher war, dass Anton zu einem Opfer der nationalsozialistischen Behinderteneuthanasie geworden war.

5.1.6. Zusammenfassung

Ich möchte hier noch zusammenfassend einige wichtige Punkte herausarbeiten, die mir während der Auswertung der Akten aufgefallen sind.

Wenn man noch einmal die Anzahl der Toten pro Jahr betrachtet, erkennt man, dass sich diese Zahlen gut an den Kriegsverlauf anpassen lassen. So sterben im Jahr 1941 deutlich mehr Menschen als die Jahre darauf. In den Jahren 1944 und 1945 steigt die Sterberate schließlich wieder um einiges an, was sich wahrscheinlich mit dem immer aussichtsloseren Kriegsgeschehen für die Nazis erklären lässt.

Auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Männer und Frauen ist sehr interessant, da wie bereits erwähnt Frauen ungefähr 400 Tage kürzer in der Anstalt

⁵⁶¹ Tote Lügen Nicht, S. 3

⁵⁶² Tote Lügen Nicht, S. 3

⁵⁶³ Tote Lügen Nicht, S. 3

⁵⁶⁴ Tote Lügen Nicht, S. 6

überlebten. Über die Gründe dafür können nur Mutmaßungen angestellt werden. Im Bezug auf die Valduna hat es sich bestätigt, dass es Vorfälle von physischen und auch sexuellen Übergriffen durch Pfleger gab. Es ist zu vermuten, dass es möglicherweise auch in Hall solche Übergriffe gab, was, je nach Grad der Gewalttätigkeit, zu einem verfrühten Ableben möglicher Opfer führen hätte können. Vorfälle von sexueller Gewalt in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol können nicht zu 100 Prozent bestätigt werden. Dennoch sind diese nicht auszuschließen, da möglicherweise die Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Pflegern und Patientinnen von den Ersteren ausgenutzt wurden. Sollte es solche Übergriffe gegeben haben, wäre dies eine mögliche Erklärung für das frühere Ableben weiblicher Patientinnen in der Anstalt.

Weiters ist es sehr interessant, dass das durchschnittliche Alter sowohl bei Männern als auch Frauen ungefähr bei 60 Jahren liegt, was zeigt, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten ein fortgeschrittenes Alter hatten. Dies lässt die Vermutung zu, dass es sich möglicherweise in Hall, um die Beseitigung älterer Menschen handelte, die aufgrund ihres Alters und auch ihrer Krankheit nicht mehr in der Lage waren einen produktiven Beitrag in der Gesellschaft zu leisten und so zu sogenannten „unnützen Essern“ geworden waren.

Auch wenn man die unterschiedlichen Todesursachen der Patientinnen und Patienten betrachtet, stellen sich einige Fragen. Denn wie ist es möglich, dass beispielsweise eine einzige Person an drei verschiedenen Krankheiten sterben kann? Man muss kein Mediziner sein, um deswegen stutzig zu werden. Diese unterschiedlichen Angaben ließen mich zu dem Schluss kommen, dass vollkommen willkürliche Angaben zu den Todesursachen der Kranken gemacht wurden. Entweder geschah dies, weil man schlicht und einfach nicht wusste, an was die Patientinnen und Patienten starben oder weil sie zu Opfern der NS-Euthanasie wurden und man den Angehörigen schließlich einen triftigen Grund für das Ableben ihrer Verwandten nennen musste. Weder die erste noch die zweite Vermutung lassen auf einen angemessenen Umgang mit den Verstorbenen schließen.

Gerade bei jenen Personen, bei denen Marasmus Senilis als Todesursache angegeben wurde, macht es den Anschein, als ob die Todesursachen willkürlich gewählt wurden, da einige dieser Personen unter 60 Jahre alt waren. Es ist doch recht unglaublich, dass Personen, die jünger als 60 Jahre alt sind, an einer Alterskrankheit sterben.

Der Gewichtsverlust der Patientinnen und Patienten fiel mir schon von Anfang an auf. Wie bereits erwähnt waren zwar alle Teile der Bevölkerung von Lebensmittelkürzungen betroffen, doch wurden diese vor allem in den Heil- und Pflegeanstalten auch als Mittel zur Beseitigung der Geistes- und Nervenkranken verwendet. Dies scheint auch in Hall der Fall gewesen zu sein. Viele der Patientinnen und Patienten wurden zwar schon mit einem sehr niedrigen Gewicht nach Hall überwiesen, was darauf schließen lässt, dass mit dem Aushungern schon in der Valduna Rankweil begonnen wurde, jedoch hörte die Gewichtsabnahme in der neuen Anstalt nicht auf. Deshalb ist zu vermuten, dass man den Tod der Patientinnen und Patienten mittels Nahrungsentzug schneller vorantreiben wollte.

Der Fall des Anton Hagen ist der Einzige, bei dem eine Zeitzeugin fest darauf bestand, dass es sich um Euthanasie gehandelt hat. Wenn man nun die Inhalte seiner Akten mit den bis jetzt vorhandenen Forschungsergebnissen anderer Historiker vergleicht, so lässt sich unweigerlich das gleiche Schema erkennen, weshalb vor allem bei diesem Fall die Vermutung der Euthanasie nahe liegt. Außerdem habe ich lange recherchiert, was wohl der Auslöser für die Narbe an seinem Hals war, die von seiner Schwägerin beschrieben wurde. Mir kam die Vermutung, dass er möglicherweise Opfer einer Luminal-Überdosierung geworden war und diese Narbe eine Nebenwirkung der Injektion darstellt.

Die Frage nach medikamentöser Ermordung kann nicht vollständig geklärt werden. Dennoch gibt es für mich Hinweise, dass auch in der Gauanstalt Hall Medikamente gezielt zur Ermordung einzelner Patientinnen und Patienten angewendet wurden. Vor allem die Erinnerungen der Luise Hagen scheinen dies zu bestätigen. Auch wenn man sich nochmals die Handlungsweise von Dr. Czermak vor Augen führt, würde diese perfekt in das bekannte Schema passen.

Auf jeden Fall ist es wichtig anzumerken, dass beim Großteil der hier untersuchten Krankengruppe, sicherlich mehrere Faktoren zusammengespielt haben, die schlussendlich zum Tod dieser führten. Angefangen beim Alter der Patientinnen und Patienten bis hin zum massiven Gewichtsverlust, was, neben dem angeschlagenen geistigen Zustand, wohl oder übel zu einer starken körperlichen Schwächung eines jeden führte. In solch einem schwachen physischen Zustand stirbt jeder Mensch

früher oder später. Ob dabei noch mit medikamentösen Injektionen und Überdosierungen nachgeholfen wurde, kann nicht eindeutig geklärt werden. Die Erinnerungen der Luise Hagen an den Leichnam ihres Schwagers Anton Hagen, lassen dies allerdings vermuten und ihr Vorwurf der Euthanasie wird somit immer nachvollziehbarer.

Abschließend kann ich sagen, dass nicht zu 100 Prozent geklärt werden kann, ob es sich im Fall dieser 64 Patientinnen und Patienten um Euthanasie gehandelt hat. Auf jeden Fall gibt es aber eindeutige Hinweise, die für die minderwertige Behandlung der Kranken sprechen, was möglicherweise zu einem schnelleren Tode dieser führen sollte. Leider ist es mir im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich alles vollständig zu klären, doch meiner Meinung nach sprechen die von mir dargelegten Hinweise und Indizien für sich.

6. CONCLUSIO

Die nationalsozialistische Euthanasie an behinderten und psychisch kranken Menschen, dem sogenannten „lebensunwerten Leben“, lief in fünf Stufen ab:

- Die erste Stufe beginnt mit der Ausgrenzung behinderter und psychisch kranker Personen aus der Gesellschaft sowie die daraus folgende Konzentration dieser Menschen in den Heil- und Pflegeanstalten des Dritten Reiches. Dieser Prozess begann schon vor der Machtergreifung der NSDAP 1933 und wurde von den führenden Köpfen des Sozialdarwinismus aus Deutschland, aber auch weltweit, vorangetrieben. Ihr Prinzip der Ungleichheit der Menschen fand Einzug in Hitlers „Mein Kampf“ und verankerte sich in der nationalsozialistischen Ideologie.
- Die zweite Stufe stellte der Übergang von der Ausgrenzung von Menschen zum Eingreifen auf den menschlichen Körper seitens des politischen Regimes dar. Mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von 1934 lieferten die Nationalsozialisten die gesetzliche Grundlage, die es ihnen ermöglichte, in die Körper und Gesundheit der sogenannten „Minderwertigen“ oder „Entarteten“ einzugreifen. Bis zum Sterilisationsstopp 1939 entschieden die Erbgesundheitsgerichte über die Fortpflanzung behinderter und psychisch kranker Menschen, was in den meisten Fällen zur Sterilisation führte.
- Die dritte Stufe spiegelt den unbarmherzigen und totalen Charakter der nationalsozialistischen Ideologie wieder. Da die Sterilisation von behinderten und psychisch kranken Menschen den Nationalsozialisten nicht mehr weit genug ging, wollte man sich auf anderer Weise diesem Problem annehmen. Man gründete verschiedene Tarnorganisationen, die zunächst mit der Planung und Organisation der Euthanasie betraut waren. Diese rekrutierten das ärztliche Personal und entwickelten die Mordmethode – das Vergasen. Weiters erfassten und selektierten sie die zu ermordenden Patientinnen und Patienten und deportierten sie in die eigens zur Vernichtung erbauten Tötungszentren. Außerdem waren diese Tarnorganisationen auch für die

Verschleierung der Taten verantwortlich und sollten die Angehörigen sowie die restliche Bevölkerung hinters Licht führen. Diesem zentralisierten Massenmord, der sogenannten „Aktion T4“, fielen nicht nur 70.000 behinderte und psychisch kranke Menschen zum Opfer, gleichzeitig stellt diese Aktion auch die Verbindung und Vorstufe zum kurz darauf eingeleiteten Holocaust dar. Nach dem Euthanasie-Stopp im August 1941 brachten viele ehemalige Mitarbeiter ihr Wissen und „Know-How“ aus der „Vernichtung des lebensunwerten Lebens“ in die Mordlager in Osteuropa, wie z.B. in die Vernichtungslager der „Aktion Reinhard“.

- Als vierte Stufe kann die sogenannte „wilde Euthanasie“ angesehen werden. Der Euthanasie-Stopp bedeutete keineswegs das Ende des Massenmords, allerdings sollten andere Methoden angewendet werden. Nachdem die Morde der „Aktion T4“ immer mehr publik geworden waren, machte man sich auf die Suche nach unauffälligeren Mitteln. Die Euthanasie wurde dezentralisiert, was bedeutet, dass nun die Entscheidung über Leben oder Tod dem Anstaltspersonal oblag. Diese sollten durch sogenanntes „Abspritzen“ die Zahl der „Minderwertigen“ verringern, wozu das „Luminal-Schema“ entwickelt wurde. Eine weitere verbreitete Mordmethode war das „verhungern lassen“ von Patientinnen und Patienten. Perfektioniert wurde die „wilde Euthanasie“ mit der Verbindung beider Methoden.
- Stufe Fünf begann mit der sogenannten „Aktion Brandt“, die eigentlich als bauliche Maßnahme zur Errichtung von Ersatzkrankenhäusern im Deutschen Reich gedacht war. Jedoch wurde kaum eines dieser Bauvorhaben realisiert und die fortschreitende „Bettennot“ zwang die Nationalsozialisten zu erbarmungslosen „Notmaßnahmen“. Behinderte, psychisch kranke, somatische als auch chronische Patientinnen und Patienten wurden ohne zu zögern in andere Anstalten umgesiedelt, um Platz sowohl für die verletzte Zivilbevölkerung als auch für verwundete Wehrmachtssoldaten zu schaffen. Diese Aktion, deren Verlegungen von der Gekrat organisiert wurden, nahm wieder zentralisierende Züge an. Das Ärzte- und Pflegepersonal der vollkommen überfüllten Zielanstalten wurde erneut zur Verringerung der Kranken angehalten. Oftmals ist der Verbleib dieser verlegten Kranken nicht

nachzuvollziehen, was die Vermutung nahe legt, dass auch sie Opfer der NS-Euthanasie wurden. Auch wenn in der Forschung Uneinigkeit⁵⁶⁵ darüber herrscht, ob die „Aktion Brandt“ als weitere Euthanasie-Aktion geplant war, steuerte sie ab 1943 viel zu diesen Morden bei. Es war nun sogar durch „Umdiagnosen“ möglich, Nichtbehinderte oder psychisch kranke Menschen als solche darzustellen und diese schlussendlich auch noch zu vernichten.

Die Opferzahlen der nationalsozialistischen Euthanasie-Aktionen werden auf ungefähr 100.000 Menschen geschätzt. Eine vergleichsweise niedrige Zahl, wenn man die geschätzten 5 – 6 Millionen Opfer des Holocaust in Betracht zieht. Dennoch wäre der Holocaust in dieser Form nicht möglich gewesen, wenn man nicht auf die Erfahrungswerte der „Aktion T4“ zurückgreifen hätte können.

Sowohl die Valduna Rankweil als auch die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol waren Teil der nationalsozialistischen Euthanasie-Morde. Während die Valduna Rankweil schon früh geleert wurde und in ein Reserve-Lazarett umfunktioniert wurde, diente die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol als Aufnahmeanstalt dieser Patientinnen und Patienten. Diejenigen Kranken, die von der T4-Zentrale in Berlin selektiert wurden, wurden von Hall aus in die umliegenden Zwischenanstalten und Tötungszentren gebracht. Es ist also eindeutig, dass die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol während der „Aktion T4“ eine nicht unwichtige Rolle in Österreich gespielt hat.

Es ist jedoch nicht möglich, die Rolle der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol während der Phase der „wilden Euthanasie“ detailliert und exakt zu klären. Jedoch gibt es nach meiner Meinung viele Hinweise darauf, dass die „wilde Euthanasie“ auch hier praktiziert wurde. Allein das Vorhaben Dr. Cermaks, „die Methode“ auch in Hall einzuführen, spricht dafür, dass er auf jeden Fall beabsichtigt hatte, „Abspritzungen“ an Haller Patientinnen und Patienten vorzunehmen. Ob die Anwendung des „Luminal-Schemas“ schlussendlich in Hall Einzug fand, kann nicht zu 100 Prozent geklärt werden, jedoch spricht der Fall des Patienten Anton Hagen sicherlich dafür. In erster Linie lassen darauf die Erinnerungen seiner Schwägerin

⁵⁶⁵ Vgl. die oben zitierten Werke von Klee, Schmuhl, Aly

Luise Hagen schließen, die immer wieder von einem vernarbten Einstich an seinem Hals sprach.

Auch ergeben sich viele Hinweise auf ein Mitwirken an der „wilden Euthanasie“ durch das Ärzte- und Pflegepersonal in Hall in Tirol, wenn man die Ergebnisse der bisherigen Forschungsliteratur mit den Ergebnissen meiner Untersuchungen vergleicht. So lassen sich die Sterblichkeitsraten eindeutig mit dem Verlauf und Erfolg des Krieges für die Nationalsozialisten korrelieren. Genauso fügen sich die wohl sehr willkürlich verwendeten Todesursachen der Patientinnen und Patienten in das von den Historikern vorgezeichnete Bild der Euthanasie ein. Gerade bei jenen Kranken, bei denen zwei oder mehr Todesursachen in den Akten zu finden sind, spricht vieles dafür.

Ein weiterer Grund, der für mich auf Euthanasie hinweist, ist der auffallend hohe Gewichtsverlust bei allen 64 Patientinnen und Patienten. Meiner Meinung nach deutet das sehr stark auf die Herbeiführung des Todes der Kranken durch „Verhungern lassen“ hin. Auch wenn dies bei den medizinischen Köpfen der T4 keine favorisierte Tötungsmethode war, wurde sie dennoch in den vielen Anstalten des Dritten Reiches praktiziert, allem Anschein nach auch in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol.

Die Art und Weise, wie man mit den Angehörigen der Patientinnen und Patienten umsprang, spricht ebenfalls für die Verstrickungen der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol in die Euthanasie-Mordaktionen. In den Verwaltungs- und Krankenakten der Insassen finden sich immer wieder die sehr kurz gehaltenen Trostbriefe. Es ist erwiesen, dass diese Art von Briefen Angehörige davon abhalten sollten, weitere Nachforschungen über den Verbleib ihrer Familienmitglieder anzustellen. Wiederum zeigt hier der Fall des Anton Hagen, dass es nur für jene Familien eine Möglichkeit zur Aufklärung gab, sofern die Familien Verbindungen zu höheren nationalsozialistischen Institutionen hatten und diese nutzen konnten. Die Reaktion des Arztes auf die Anfragen der zwei Frauen bestätigt meiner Meinung nach, dass diesem die Unrechtmäßigkeit der Vorgänge in Hall bewusst gewesen sein müssen.

Meines Erachtens ist es auf jeden Fall erwiesen, dass den Patientinnen und Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol eine unzureichende Behandlung und Pflege zu Teil wurde. Genauso hatten oftmals sicherlich mehrere Faktoren Einfluss auf den Tod jedes einzelnen. Ich bin der Überzeugung, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten, die bei ihrer Einweisung körperlich gesund waren, unter anderen

Umständen den Aufenthalt in der Anstalt überlebt hätten. Natürlich muss das hohe Alter vieler Insassen berücksichtigt werden, dennoch vermute ich, dass in vielen Fällen beim Sterben vom Ärzte- und Pflegepersonal nachgeholfen wurde. In einer Zeit, in der man versuchte, jeden Menschen zu töten, der nicht den gesundheitlichen Vorstellungen der Machthaber entsprach, ist es nicht abwegig anzunehmen, dass auch in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol versucht wurde, diesen Vorgaben nachzukommen.

Auch wenn es im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht möglich war, die Beteiligung der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol an den Euthanasiemorden zu 100 Prozent nachzuweisen, gibt es für mich viele Hinweise, die darauf schließen lassen. Deshalb bin ich der Meinung, dass in den nächsten Jahren zu diesem Thema weitere Nachforschungen angestellt werden müssen, um mit Sicherheit sagen zu können, was in der Anstalt vor sich ging. Denn nur so ist es meines Erachtens möglich, dass die Hinterbliebenen endlich Antworten auf ihre Fragen bekommen.

BIBLIOGRAPHIE

Götz *Aly* (Hg.), Aktion T4. 1939-1945. Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4, (2. Auflage, Berlin 1989)

Rudolf *Beyer* (Hg.), Hitlergesetze V. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Gesetz gegen Missbräuche bei der Eheschließung und der Annahme an Kindes Statt. Sämtliche Gesetze mit den amtlichen Begründungen. (4. Auflage, 1937)

Gernot *Egger*, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten. Arme und „Irre“ in Vorarlberg, Studien zur Geschichte und Gesellschaft Vorarlbergs 7 (Bregenz 1990)

Heiner *Fangerau*, Etablierung eines rassenhygienischen Standardwerkes 1921-1941. Der Baur-Fischer-Lenz im Spiegel der zeitgenössischen Rezensionsliteratur, (Frankfurt am Main 2001),

Heinz *Faulstich*, Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. (Freiburg im Breisgau 1998)

Henry *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid. Von der Euthanasie zur Endlösung, (Berlin 1997)

Michael *Greve*, Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der „Aktion T4“. Dargestellt am Beispiel des Wirkens und der strafrechtlichen Verfolgung ausgewählter Tötungsärzte, (Paffenweiler 1998)

Hartman *Hinterhuber*, Ermordet und vergessen. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten in Nord- und Südtirol. (Innsbruck 1995)

Ernst *Klee*, Euthanasie im Dritten Reich. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens, (vollständig überarbeitete Neuauflage, Frankfurt am Main 2010)

Dietmut *Majer*, „Fremdvölkische“ im Dritten Reich. Ein Beitrag zur nationalsozialistischen Rechtssetzung und Rechtspraxis in Verwaltung und Justiz unter besonderer Berücksichtigung der eingegliederten Ostgebiete und des Generalgouvernements, (Boppard am Rhein 1981)

Martin *Rudnick*, Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und der Zwangssterilisation zur Euthanasie, (Weinheim und Basel 1985)

Hans-Walter *Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, (Göttingen 1987)

Norbert *Schnetzer* und Hans *Sperandio* (Hg.), 600 Jahre Valduna. Der lange Weg – vom Klarissinnenkloster zum Landeskrankenhaus, Reihe Rankweil Bd. 8 (Rankweil 1999),

Thomas *Stöckle*, Grafeneck 1940. Die Euthanasie-Verbrechen in Südwestdeutschland, (2. Auflage, Tübingen 2005)

Nachschlagewerke

Michael *Bindig*, Norbert *Boss*, Dagmar *Reiche*, Günter *Wangerin*, Roche Lexikon Medizin, (Fünfte, neu bearbeitete und erweiterte Auflage, München / Jena 2003)

Horst *Dilling* (Hg.), Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Bern 2009)

Gerd *Herold* (Hg.), Innere Medizin. Eine vorlesungsorientierte Darstellung. Unter Berücksichtigung des Gegenstandskatalogs für die Ärztliche Prüfung. Mit ICD 10-Schlüssel im Text und Stichwortverzeichnis, (Köln 2012)

Maxim *Zetkin*, Herbert *Schaldach* (Hg.), Lexikon der Medizin, (16., neu bearbeitete Auflage; bearbeitet von der Lexikonredaktion des Verlages unter der Leitung von Thomas Ludewig, Wiesbaden 1999)

Internetquellen

Dr. Ernst Klebelsberg, in: Psychiatrische Landschaften, online unter: <<http://psychiatrische-landschaften.net/node/146>> (27.05.2012)

Karl C. *Mayer*, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), in: neuro24, 26.10.2008, online unter: <<http://www.neuro24.de/als.htm>> (15.05.2012)

Perforationperitonitis, in: jameda Deutschlands größte Arztempfehlung, online unter <http://www.jameda.de/gesundheits-lexikon/perforationsperitonitis/> (16.05.2012)

Horst *Schreiber*, Ein „Idealist aber kein Fanatiker“? Dr. Hans Czermak und die NS-Euthanasie in Tirol, in: www.horstschreiber.at, online unter: <<http://www.horstschreiber.at/texte/czermak-und-die-nseuthanasie-in-tirol>> (27.05.2012)

QUELLENVERZEICHNIS

Verwaltungsakten aus dem Historischen Archiv des Landeskrankenhaus Hall in Tirol (Psychiatrie):

2106/6, 2108/6, 2114/6, 2117/6, 2146/6, 2150/6, 2152/6, 2159/6, 2180/6, 2192/6, 2199/6, 2204/6, 2287/6, 2291/6, 2292/6, 2341/6, 2132/6, 2134/6, 2158/6, 2163/6, 2173/6, 2191/6, 2211/6, 2294/6, 2296/6, 2332/6, 2336/6, 2367/6, 2370/6, 2118/6, 2127/6, 2140/6, 2175/6, 2185/6, 2212/6, 2349/6, 2339/6, 2366/6, 2151/6, 2165/6, 2176/6, 2184/6, 2206/6, 2350/6, 2441/6, 3672/6, 2166/6, 2194/6, 2200/6, 2210/6, 2219/6, 2323/6, 2326/6, 2338/6, 2342/6, 2352/6, 2353/6, 2355/6, 2358/6, 2360/6, 2369/6, 2443/6, 3473/6, 3491/6

Krankenakten aus dem Historischen Archiv des Landeskrankenhaus Hall in Tirol (Psychiatrie):

Anna B., Kreszenz B., Karolina F., Agatha G., Karoline S., Sabina Z., Johann A., Valentin B., Karl H., Anton M., Josef P., Josef R., Regina A., Rosa B., Martina B., Bartholomäus F., Agatha L., Franziska M., Ludwig B., Johann B., Franz G., Leo M., Otto S., Katharina B., Katharina Bü., Ludwig Ba., Anton D., Anton W., Anton Z., Maria G., Rosa K., Anna P., Anton H., Gottlieb L., Josef S., Armin H., Robert D., Otto W., Karl A., Gebhard D., Oscar H., Eduard L., Johann S., Johann H., Josef F., Sebastian D., Heinrich E., Hermann M., Alois P., Peter S., Paul V., Lucie R., Maria S., Otto D., Gebhard F., Alois K., Viktor K., Johann M., Rudolf Ö., Franz R., Anton W., Nikolaus G., Adolf S., Martin H.

Oral History Interview:

Oral History Interview „Tote Lügen Nicht“, 06.04.2011, Lauterach; Interview für den Dokumentarfilm „Tote Lügen Nicht“, Interviewer: Heinz Fechner und Bertram Wolf

ABSTRACT

Deutsch

Die nationalsozialistische Euthanasie an behinderten und psychisch Kranken hatte nicht nur 100.000 Menschen zum Opfer, sondern war auch der technische und organisatorische Wegbereiter für den Holocaust.

Erst im Januar 2011 entdeckte man bei Bauarbeiten des Landeskrankenhauses Hall in Tirol ein Gräberfeld, dessen Knochenfunde aus der Zeit des Nationalsozialismus stammen. Am 08. und 24. März 1941 trafen zwei Sondertransporte aus der Valduna Rankweil in Hall ein, die den Großteil ihrer Patientinnen und Patienten dorthin überstellten. Schon kurz danach wurde die Mehrheit dieser Kranken weiter deportiert, wobei viele von diesen ihr Leben in den Gaskammern Hartheims verloren. Allerdings gab es

64 Patientinnen und Patienten der Valduna Rankweil, die nicht in eine andere Anstalt verlegt wurden, sondern in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol blieben und dort schließlich verstarben.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, welche Rolle die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol während der NS-Euthanasie spielte. Außerdem soll geklärt werden, welches Schicksal diese 64 Personen in der Heil- und Pflegeanstalt ereilte und ob ihre Todesfälle in einem direkten Zusammenhang mit der nationalsozialistischen Tötungsmaschinerie stehen.

Um diese Fragen beantworten zu können, wird in dieser Arbeit zunächst der Sozialdarwinismus und die Eugenik behandelt. Denn diese Theorien fanden Einzug in Hitlers „Mein Kampf“ und die nationalsozialistische Rassenhygiene. Genauso wird das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aus dem Jahr 1933 thematisiert, welches den Beginn der nationalsozialistischen Ausgrenzungspolitik markiert. Hinzukommend wird noch ein Überblick über den Ablauf und die verschiedenen Euthanasie-Aktionen gegeben, sowie über die beiden Heil- und Pflegeanstalten in der Zeit des Nationalsozialismus. Abschließend soll die Analyse

der 64 Verwaltungs- und Krankenakten sowohl einen Einblick in das Anstaltsleben als auch in die Todesumstände der Patientinnen und Patienten geben.

English

The nationalsocialist euthanasia both cost 100.000 lifes of disabeled and mentally ill people and was the technical and organizational forerunner for the Holocaust.

Only in January 2011 graves were found during construction works at the hospital in Hall in Tirol with bones dating back to nationalsocialist era. On the 8th and 24th of March 1941 two special transports from Valduna Rankweil arrived in Hall, deporting the majority of their patients there. Soon afterwards, most of the invalids were transported elsewhere whereupon many of them lost their lives in the gaschambers of Hartheim. However, 64 patients of the Valduna Rankweil remained in the mental hospital in Hall in Tirol where they finally found death.

This thesis' aim is to find out which role played the hospital in Hall in Tirol during nationalsocialist euthanasia. Besides, it is tried to clarify the fate of these 64 patients and the potential connection of their death with the nationalsocialist massmurders.

In order to answers these questions, this thesis will initially focus on Socialdarwinism and Eugenics, since these theories were both included in Hitlers „Mein Kampf“ and in the nationalsocialist ideology. Also the „Gesetz zur Verhütung erbranken Nachwuchses“ from 1933 will be discussed, as it marks the beginning of nationalsocialist exclusion policies. Futhermore, an overview of the process and the different euthanasia programs will be given, as well as an historical review of the two hospitals during nationalsocialist era. Closing, an analysis of these 64 administrative and medical files shall help gaining an insight into both life in this institution and the causes of death of these patients.

CURRICULUM VITAE

Persönliche Angaben

Name	Eva-Maria Hagen
Adresse	Wiedner Gürtel 58, 9-10 A-1040 Wien
Geburtsdatum	27.06.1988
Telefon	+43 (0) 664 5340516
E-Mail	a0701050@unet.univie.ac.at

Ausbildung

Ab Oktober 2007	Diplomstudium Geschichte an der Universität Wien
Juni 2007	Matura an der Bundeshandelsakademie Lustenau

Sprachen

Deutsch	Mutter- und Bildungssprache
Englisch	C1
Polnisch	A2